Gualberto Buela-Casal,
Vicente E. Caballo y
J. Carlos Sierra (dirs.)

Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud

Manuales Psicología

XXI Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.



siglo veintiuno editores, sa
CERRO DEL AGUA, 248. 04310 MEXICO, D.F.

siglo veintiuno de españa editores, sa
C/ PLAZA, 5. 28043 MADRID. ESPAÑA

Primera edición, abril de 1996

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 84-323-0917-6
Depósito legal: M-9.198-1996

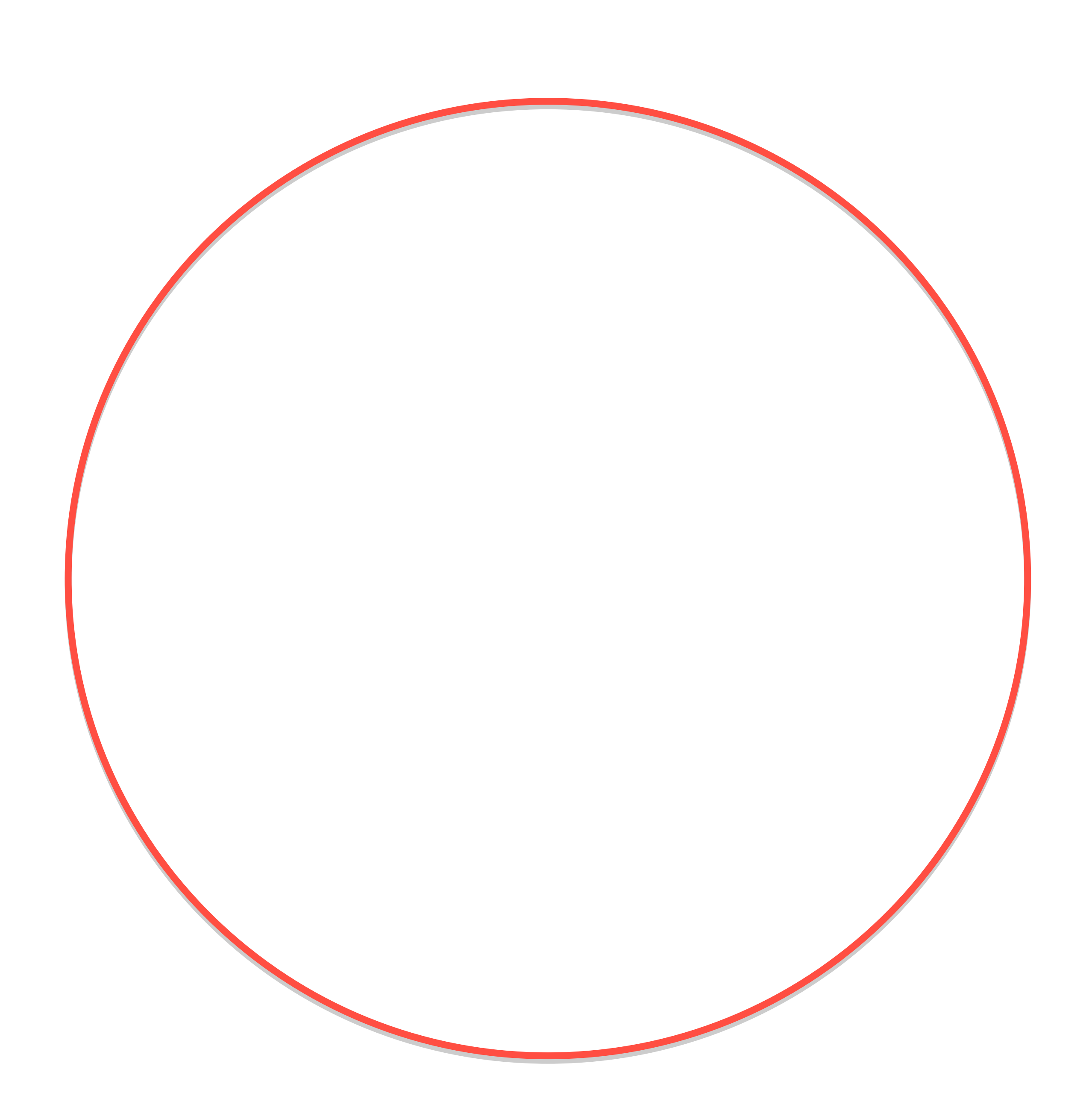
Fotocomposición e impresión: EFCA, S.A.
Parque Industrial "Las Monjas".
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

ÍNDICE

SEGUNDA PARTE

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERCERA PARTE
EVALUACIÓN EN MEDICINA CONDUCTUAL



CUARTA PARTE
EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PRÓLOGO

Alan E. Kazdin

En los últimos años se han producido importantes avances en el campo de la evaluación dentro de la psicología clínica y otras áreas relacionadas. La investigación básica y aplicada se ha dirigido a múltiples aspectos de las disfunciones clínicas y otros elementos de la vida cotidiana. Nuevas disciplinas han emergido a medida que el trabajo clínico se ha ido introduciendo en otros campos como la salud o la medicina, a modo de ejemplos básicos. Todos estos cambios y desarrollos han permitido la proliferación de investigaciones, métodos de evaluación y estrategias de medida. Es extremadamente difícil para el psicólogo profesional o para el estudiante mantenerse actualizado en su área de interés; intentar estar informado acerca de los distintos avances es una tarea herculiana. En el contexto de un campo que se encuentra en vías de expansión (o que empieza a prosperar), somos extremadamente afortunados por el hecho de que los directores nos hayan proporcionado este volumen. El material está seleccionado y organizado de forma extraordinaria, lo que permite un fácil seguimiento y una rápida asimilación.

El libro está organizado en cuatro grandes secciones: Marco conceptual y metodológico, Psicología clínica, Medicina conductual y Psicología de la salud. Los capítulos referidos al bloque conceptual y metodológico cubren múltiples tópicos como son el diseño experimental, la adherencia al tratamiento, los procesos terapéuticos y los modelos de evaluación, así como el uso de la entrevista y del autoinforme, todo ello desde una perspectiva conductual. Todos estos tópicos se encuentran en los restantes capítulos centrados en cuestiones y problemas específicos de las distintas áreas. En la segunda sección, referida a la Psicología clínica, se alude a la evaluación de muchos de los problemas clínicos; así, se incluyen los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, la esquizofrenia, los trastorno del sueño, las disfunciones sexuales, las relaciones de pareja, las habilidades sociales, el uso y abuso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas), los trastornos del lenguaje y el autismo. En la tercera sección de Medicina conductual, se incluye el estrés, la personalidad Tipo A, los trastornos de la alimentación y gastrointestinales, el dolor crónico, las cefaleas, el asma bronquial, etc. La última sección, referida a la Psicología de la salud, constituye una importante y novedosa inclusión en el libro porque permite dirigir la Psicología clínica y la Medicina conductual a un campo más extenso como es el de la Salud pública. Los capítulos de esta sección cubren temas como salud pública y epidemiología,

---

Yale University, EE UU.

métodos de investigación longitudinales y prospectivos, factores de riesgo y aspectos causales, evaluación de programas de intervención educacionales y otros programas relacionados con la salud, así como otros tópicos muy significativos para la misma como pueden ser la calidad y los estilos de vida.

A lo largo de los diferentes capítulos se hace un énfasis especial en los métodos de evaluación. Entrevistas, cuestionarios de autoinforme, escalas de medidas clínicas, métodos de autocontrol y técnicas de observación son extensamente revisados y valorados. Las propiedades psicométricas (distintas formas de validez y fiabilidad) de las medidas y principales resultados asociados con las medidas son cuidadosamente documentados. Como un aspecto a destacar se encuentra la utilidad clínica de estas técnicas; muchas de ellas son reproducidas en su totalidad, de manera que este libro proporciona acceso a instrumentos de evaluación útiles tanto para el campo de la investigación como para la práctica clínica.

Esta obra ofrece una covertura exhaustiva de muchos tópicos centrales en psicología clínica, más allá de la simple evaluación. Se integran los estudios clínicos y de laboratorio, la teoría y la investigación, la evaluación y la práctica clínica. Por ejemplo, en los capítulos sobre trastornos clínicos, los colaboradores ofrecen modelos conceptuales acerca de cómo los trastornos se han desarrollado, de su clasificación, diagnóstico, diagnóstico diferencial y datos prevalentes, y de cómo los problemas clínicos y sus características asociadas pueden ser evaluados. Como consecuencia de su extensa covertura, el libro puede servir fácilmente como un texto avanzado de psicopatología, medicina conductual o psicología de la salud. De hecho, constituye una rica fuente para los profesionales interesados en diferentes áreas. La obra no tiene par en cuanto a la envergadura de su covertura, erudición y presentación de importantes tópicos y métodos para su investigación y evaluación.

Los profesores Buela-Casal, Caballo y Sierra ya tienen multitud de destacados logros que les acredita tanto individualmente como en su colaboración editorial con otros. Como admirador de sus otros muchos trabajos, estaba especialmente interesado en la colaboración editorial en este importante proyecto. Aparte de sus propias contribuciones al volumen, los directores han reunido una lista de colaboradores cuya importancia y autoridad son reconocidas internacionalmente. Los colaboradores son eruditos, clínicamente astutos y dignos de leer. Este libro representa un enorme éxito en la psicología clínica y salud pública, y merece ser difundido y usado por los lectores. Yo estoy encantado de tener la oportunidad de participar de alguna manera haciendo estos comentarios preliminares y de haber tenido la oportunidad de leer los capítulos individualmente. Éste es un libro que yo creo que el lector disfrutará, usará frecuentemente y recomendará a otros que están dedicados a la investigación y práctica clínica.

RELACIÓN DE AUTORES

Verania Andrés, Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid.
Ileana Arias, University of Georgia (EE UU).
Fernando Baldioceda, Universidad Internacional de las Américas (Costa Rica).
Francisco Bas, Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid.
Elisardo Becoña, Universidad de Santiago de Compostela.
Michael Bruch, University College and Middlesex School of Medicine (Reino Unido).
Gualberto Buela-Casal, Universidad de Granada.
Christina A. Byrne, University of Georgia (EE UU).
Vicente E. Caballo, Universidad de Granada.
Ricardo Canal, Uversidad de Salamanca.
José Antonio Carrobles, Universidad Autónoma de Madrid.
Andrés Catena, Universidad de Granada.
Paloma Chorot, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
Enrique Echeburúa, Universidad del País Vasco.
Concepción Fernández, Universidad de Oviedo.
Pilar Fernández, Universidad de Santiago de Compostela.
Jorge Fernández del Valle, Universidad de Oviedo.
Gerardo E. Fonseca, Universidad de Costa Rica (Costa Rica).
María Pilar García, Universidad de Santiago de Compostela.
Luis Garra, Universidad Autónoma de Madrid.
Juan F. Godoy, Universidad de Granada.
Oscar F. Gonçalves, Universidad do Minho (Portugal).
José Manuel Hernández, Universidad Autónoma de Madrid.
Adolfo Jarne, Universidad de Barcelona.
Bernard J. Jensen, University of Central Florida (EE UU).
Cristina Larroy, Universidad Complutense de Madrid.
Serafín Lemos, Universidad de Oviedo.
Paulo P. Machado, Universidad do Minho (Portugal).
Diego Macià, Universidad de Murcia.
María Ángeles Mayor, Universidad de Salamanca.
F. Javier Méndez, Universidad de Murcia.
Victor Meyer, University College and Middlesex School of Medicine (Reino Unido).
Elena Miró, Universidad de Granada.
Bernardo Moreno, Universidad Autónoma de Madrid.
Rafael Navarro, Instituto de Análisis y Modificación de Conducta (Perú).
Carlos Pál-Hegedüs, Universidad Internacional de las Américas (Costa Rica).
Marino Pérez-Álvarez, Universidad de Oviedo.
Francisco Javier Pérez-Pareja, Universidad de las Islas Baleares.
Conxa Perpiñá, Universidad de Valencia.

Antonio del Pino, Universidad de La Laguna.
Rosa María Raich, Universidad Autónoma de Barcelona.
Rosa María Rivas, Universidad de Santiago de Compostela.
Bonifacio Sandín, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
J. Carlos Sierra, Universidad de Granada.
Miguel Ángel Simón, Universidad de La Coruña.
Miquel Tortella i Feliu, Universidad de las Islas Baleares.
María Isabel Vázquez, Universidad de Santiago de Compostela.
María Nieves Vera, Universidad de Granada.
Miguel Ángel Verdugo, Universidad de Salamanca.
Carmen Ximénez, Universidad Autónoma de Madrid.

PRIMERA PARTE

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

1. CONCEPTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

GUALBERTO BUELA-CASAL Y JOSÉ ANTONIO CARROBLES

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad es muy frecuente comentar en ambientes acádemicos la necesidad de una distinción entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud, lo que se complica aun más por la existencia de otras disciplinas y denominaciones afines, tales como medicina psicosomática, psicología de la enfermedad, psicología médica, psicología preventiva, psicología comunitaria, etc. Una buena muestra sobre la confusión conceptual la tenemos si analizamos algunos manuales de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud, pues algunos temas aparecen, incluso con títulos muy similares, en los distintos manuales, dándose un mayor solapamiento entre las dos últimas disciplinas. Algo similar ocurre con los congresos, pues indistintamente del nombre, es frecuente encontrar temáticas comunes a cualquiera de las tres disciplinas.

El solapamiento y la falta de delimitación conceptual entre medicina conductual y psicología de la salud puede explicarse si tenemos en cuenta que en la pasada década varios autores consideraron ambas expresiones como sinónimas (Donker, 1991).

Para establecer una delimitación conceptual entre estas disciplinas, se analiza en las páginas siguientes el objeto de estudio y el modelo sobre el que se apoya cada una.

II. CONCEPTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Resulta obvio que cuanto más nos remontemos en un análisis histórico al tratar de establecer el nacimiento de la psicología clínica, más difícil resulta poder diferenciarla de otras especialidades de la psicología. Quizá los primeros cimientos de la psicología clínica podríamos situarlos en el laboratorio de psicología experimental creado por Wundt en Alemania en 1879, en el primer laboratorio de psicología en Rusia dirigido por Béjterev y fundado en 1886 en la Clínica

---

Universidad de Granada y Universidad Autónoma de Madrid.

para Enfermos Alienados y Enfermedades Nerviosas en la ciudad de Kazan, o en el Laboratorio de Psicología de la Universidad Johns Hopkins fundado en 1896 y dirigido por Hall. Sin embargo, la consideración de la psicología clínica como una disciplina independiente podría situarse en 1906, cuando Lightmer Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. Desde entonces, ha ido desarrollándose y evolucionando según la influencia de las diversas escuelas o corrientes psicológicas, variando de forma considerable tanto a través del tiempo como de los diversos países. Una descripción detallada de esta evolución histórica puede verse en Carrobles (1985*a*, 1985*b*). No es el objetivo de este capítulo analizar la evolución histórica de la psicología clínica, sino tratar de describir el concepto actual de esta disciplina.

Resulta un hecho innegable que en la actualidad, tanto en los países anglosajones como en España, el modelo conductual juega un papel preponderante en la psicología clínica e incluso en la psiquiatría. Un buen ejemplo lo constituye la consideración de los *mecanismos de defensa* como *estrategias de afrontamiento* y las definiciones de estos mecanismos que aparecen en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). Dada la gran influencia de la psicología conductual en el ámbito clínico, no resulta sorprendente que en la actualidad muchos psicólogos consideren que la psicología clínica es evaluación y modificación de conducta (Buela-Casal y Caballo, 1991; Donker y Sierra, 1992; Carrobles, 1993). De hecho, en España esto se está poniendo de manifiesto en diversos ámbitos, por ejemplo, en las facultades de Psicología de las universidades españolas (Álvarez-Castro, Buela-Casal y Sierra, 1994), en la formación en psicología clínica y, más concretamente, en el ámbito de la evaluación y del tratamiento, que se centra, casi de manera exclusiva, al modelo conductual. Otro buen ejemplo lo tenemos en los libros publicados en los últimos años que incluyen la expresión «psicología clínica» en el título; si se revisa su contenido, se podrá comprobar que de forma mayoritaria se refiere a técnicas y procedimientos del modelo conductual, mientras que los libros que siguen otros modelos tienden a utilizar el término «psicoterapia». La preponderancia del modelo conductual en la psicología clínica en España también se pone de manifiesto en los congresos celebrados en los últimos años. Para una mayor información sobre estos aspectos pueden consultarse los trabajos de Buela-Casal, Álvarez-Castro y Sierra (1993), Buela-Casal, Caballo, Bornas, Tortella y Servera (1993) y Buela-Casal, Sierra y Carrobles (1995). Según esto podría definirse la psicología clínica como un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos. Por su parte, la psicología preventiva constituye un campo de investigación de acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunita-

rio tanto a corto como a largo plazo. Para más información, véase Fernández-Ríos (1987; 1994).

III. CONCEPTO DE MEDICINA CONDUCTUAL

El gran desarrollo experimentado en la psicología clínica en las últimas décadas se debe, en gran parte, a la influencia del modelo conductual. Así, el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de los trastornos orgánicos. Esto ha llevado a la constitución de una nueva disciplina con la denominación de *medicina conductual*.

La expresión *medicina conductual* aparece por primera vez al principio de los años setenta en el título de un libro de Birk *(Biofeedback: behavioral medicine)*. De hecho, en una primera etapa muchos autores consideraban que la medicina conductual no era más que la aplicación de las técnicas de *biofeedback* al tratamiento de diversos trastornos físicos. Sin embargo, a pesar de esta limitación inicial, la medicina conductual fue ampliando su campo de aplicación, así como también se extendió a la utilización de diversas técnicas de modificación de conducta. En el año 1978 se celebra una conferencia sobre medicina conductual en Yale y allí se llega a un acuerdo de definición: disciplina interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación.

Desde entonces hasta la actualidad, un gran número de investigadores y clínicos se ha dedicado a este nuevo campo, y una buena muestra de ello es la cantidad de libros y revistas especializadas sobre medicina conductual que han aparecido en estos últimos años. No obstante, si se revisan estas publicaciones, véase, por ejemplo, el *Journal of Behavioral Medicine*, por citar un ejemplo, se puede comprobar que la inmensa mayoría de los trabajos publicados se refiere a evaluación y tratamiento de trastornos físicos (bien desde un punto de vista clínico o de investigación), mientras que son mínimos los trabajos que se centran en la prevención de la enfermedad física (nos referimos al contexto de la medicina conductual). Quizá el haber incluido en dicha definición la alusión a «comprensión de la salud física» sea el motivo por el cual muchos autores la considerasen (y algunos aún la consideran) como sinónimo de psicología de la salud.

Si olvidamos lo que se dijo que debería ser la medicina conductual y analizamos lo que es en realidad, en qué trastornos se trabaja, con qué técnicas y con qué enfoque, se llega a la conclusión de que es necesario matizar la anterior definición. Por tanto, en la actualidad podría definirse como la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas. Así, se trata de una disciplina interdisciplinar entre la psicología conductual y la medicina en la que

se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento (nivel terciario).

Por último, queremos resaltar las diferencias existentes con otras dos disciplinas con las que puede confundirse la medicina conductual; nos referimos a la medicina psicosomática y a la psicofisiología clínica.

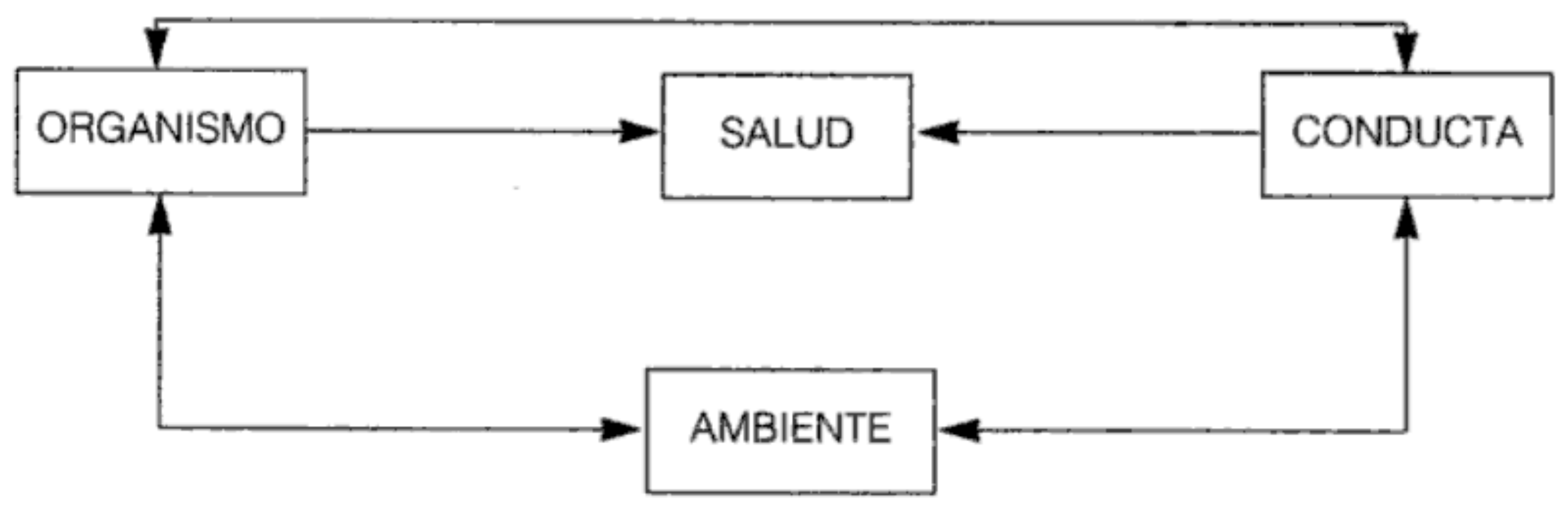
La medicina psicosomática podría definirse como un área de la medicina que se caracteriza por la aplicación de técnicas procedentes fundamentalmente del psicoanálisis para tratar de explicar la relación entre factores emocionales y la sintomatología de la enfermedad física. En realidad se trata de aplicar un modelo psiquiátrico como es el psicoanálisis para una mejor compresión y colaboración en el tratamiento médico de la enfermedad. Para mayor información véase Anguera (1988).

La psicofisiología clínica puede definirse como un área de especialización de la psicología en la que por medio de técnicas psicofisiológicas se investiga, evalúa y trata los componentes psicofisiológicos de la conducta normal y de los trastornos físicos y psicopatológicos. Por tanto, sigue un modelo conductual, pero se diferencia de la medicina conductual en que, mientras que en ésta se utilizan diversas técnicas de modificación de conducta, en la psicofisiología clínica sólo se utilizan las psicofisiológicas. Además, en esta última se incluyen como objeto de estudio los trastornos psicopatológicos, además de los físicos.

IV. CONCEPTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La salud entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental. Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente (físico y social), tal como se representa en la figura 1.1.

FIGURA 1.1. *Modelo biopsicoambiental de la salud*



Este modelo biopsicoambiental resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales "plagas del mundo occidental". Enfermedades como el cáncer, el sida, el estrés, etc., no pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la "causa" no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores. Así, la Psicología adquiere un papel fundamental en el abordaje de este tipo de enfermedades. Esto ha quedado de manifiesto en las reiteradas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de "invertir en salud" y la consideración de que la psicología es importante en más de la mitad de los objetivos que plantea la OMS y es crucial en doce de ellos.

En este contexto, la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud:

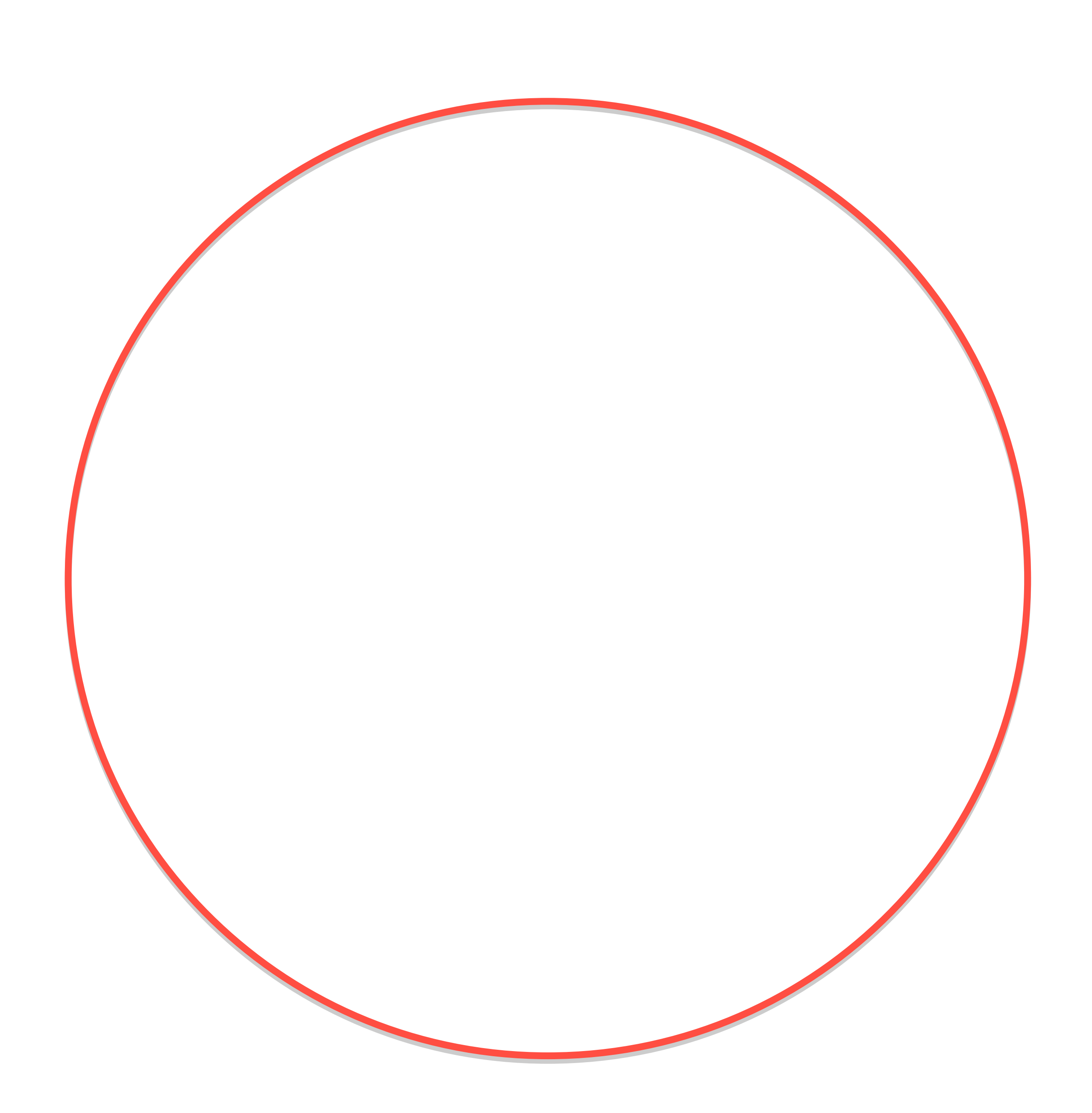
1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

La psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud. Por otra parte, aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, los psicólogos de la salud también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no se trabaja a nivel individual sino de una comunidad.

En la actualidad existe bastante controversia entre los autores en cuanto a lo que se entiende por psicología de la salud. Así, podemos encontrar múltiples definiciones, que enfocan y delimitan su campo de acción de forma bastante diversa. En nuestra opinión, una de las definiciones más completas y que mejor describe la concepción actual es la propuesta por Carrobles (1993, p. 184): «la Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad».

V. RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA CLÍNICA, MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La relación entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud no resulta fácil de describir pues es evidente que existen áreas de solapamiento y por tanto resulta extremadamente difícil marcar los límites entre dichas disciplinas, máxime si tenemos en cuenta cómo se presentan las intervenciones en el ámbito profesional. Por ejemplo, un psicólogo clínico puede recibir en su consulta un paciente que demanda tratamiento para el estrés que le produce las continuas disputas que tiene con su pareja, otro psicólogo que trabaja en el ámbito de la medicina conductual puede ser requerido para tratar el estrés que sufre un paciente diagnosticado de cáncer y un psicólogo de la salud puede ser solicitado para diseñar y aplicar un programa de prevención del estrés en una comunidad. Es evidente que los límites no están claros, quizá ésta sea una de las razones de la confusión conceptual de muchos psicólogos con respecto a estas tres disciplinas. No obstante, ello no implica que no existan diferencias, tal como se puede ver en el cuadro 1.1.



Tal como ha sido definida la psicología de la salud, ésta incluye conocimientos procedentes de las ciencias biomédicas, la psicología clínica, la medicina conductual, la psicología social comunitaria y la psicología ambiental. En la figura 1.2. se representa la relación de estas disciplinas con respecto a la psicología de la salud.

VI. PERSPECTIVAS FUTURAS

La evolución de estas disciplinas en España depende en gran medida del ámbito universitario, pues es donde se forman los futuros profesionales de la psicología. La psicología clínica sigue siendo la que acapara el mayor interés por parte de los estudiantes de psicología (Buela-Casal y cols., 1993; Buela-Casal, Álvarez-Castro y Sierra, 1993; Sierra y Freixa i Baqué, 1993; Sierra, Pál-Hegedüs, Álvarez-Castro y Freixa i Baqué, 1995). La medicina conductual y la psicología de la salud tendrán, sin duda, una mayor repercusión en el futuro, pues en la mayoría de los planes de estudio de las distintas universidades españolas se han incluido asignaturas sobre estas disciplinas (Buela-Casal y cols., 1993).

En el ámbito profesional, podría decirse que existe una buena disposición hacia un mayor desarrollo de la medicina conductual y de la psicología de la salud: por un lado, la mayoría de los psicólogos profesionales en España se identifica con el modelo conductual (Ávila, 1989); por otro, es necesario tener en cuenta que los psicólogos que trabajan en el ámbito de la medicina conductual y de la psicología de la salud normalmente proceden de la psicología clínica con orientación conductual.

En lo que respecta a la investigación en psicología de la salud, en España es aún muy limitada, tal como se demuestra en un reciente trabajo en el que se analiza la investigación y la docencia en el ámbito universitario, donde de momento los trabajos de investigación en este campo son muy reducidos si se compara con la investigación realizada en la psicología clínica y en la medicina conductual. Las razones pueden ser varias, pero quizá dos muy importantes sean que, por una parte, resulta difícil conseguir financiaciones para «investigar la forma de prevenir problemas que no están presentes» y, por otra parte, en el campo de la psicología de la salud las investigaciones necesitan unas muestras considerablemente grandes, lo cual no es fácil conseguir en la investigación que se realiza en la universidad (Buela-Casal, 1996).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez-Castro, S., Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). La situación actual del modelo conductual en España. *Psicología Contemporánea, 1*, 80-91.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington. American Psychiatric Association.

Anguera, I. (1988). *Medicina psicosomática*. Barcelona. Doyma.

Ávila, A. (1989). La psicología clínica en España: perspectiva de una década. *Papeles del Psicólogo, 36/37*, 84-89.

Buela-Casal, G. (1996). *La psicología de la salud y medicina conductual en España: su estado actual en el ámbito de la investigación y docencia*. Ponencia presentada en el II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta. Granada.

Buela-Casal, G. y Caballo, V. E. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid. Siglo XXI.

Buela-Casal, G., Álvarez-Castro, S. y Sierra, J. C. (1993). Perfil de los psicólogos de la última promoción de las universidades españolas. *Psicología Conductual, 1*, 181-206.

Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Bornas, X., Tortella, M. y Servera, M. (1993). Pasado y presente de la psicología clínica conductual en España. *Psicología Conductual, 1*, 7-34.

Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Carrobles, J. A. (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología, 27*, 25-40.

Carrobles, J. A. (1985*a*). Evolución y naturaleza de los trastornos psicológicos. En J. A. Carrobles (Comp.) *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid. UNED.

Carrobles, J. A. (1985*b*). Psicología clínica y modificación de conducta: desarrollo histórico. En J. A. Carrobles (Comp.) *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid. UNED.

Carrobles, J. A. (1993). La psicología de la salud: estado actual y perspectivas futuras. En X. Bornas, G. Buela-Casal, V. Caballo, R. Moll, J. Pérez-Pareja, M. Servera, J. C. Sierra y M. Tortella-Feliu (Comps.) *Actualidad de la psicología conductual en España*. Granada. AEPC.

Donker, J. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal, y V. E. Caballo (Comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid. Siglo XXI.

Donker, J. y Sierra, J. C. (1992). La función del psicólogo clínico en un hospital general: el ejemplo de Holanda. *Papeles del Psicólogo, 52*, 90-93.

Fernández-Ríos, L. (1987). *Cuestiones de psicología y salud: prevención de la enfermedad y promoción de la salud en Iberoamérica*. Madrid. Servicio de Publicaciones de la OEI.

Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid. Siglo XXI.

Sierra, J. C. y Freixa i Baqué, E. (1993). Estudio preliminar de la evolución de la imagen de la psicología en estudiantes españoles de esta carrera. *Psicothema, 5*, 67-82.

Sierra, J. C., Pál-Hegedüs, C., Álvarez-Castro, S. y Freixa i Baqué, E. (1995). Imagen de la psicología en estudiantes universitarios de España y Costa Rica. *Psicología Contemporánea, 2*, 60-69.

2. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

MIGUEL ÁNGEL SIMÓN

I. INTRODUCCIÓN

Un aspecto especialmente importante de la evaluación en el ámbito de la psicología clínica y de la salud es el referente al control de los efectos de los tratamientos aplicados. Ahora bien, para realizar esta labor de evaluación secuencial y sistemática de los efectos de los tratamientos psicológicos, se requiere no sólo una delimitación objetiva y detallada de las variables implicadas en cada caso mediante la utilización de técnicas de evaluación que cumplan las mínimas garantías científicas exigibles, sino también el uso riguroso de diseños apropiados para su utilización clínica. Mediante la correcta implementación de estos diseños podrán obtenerse datos no contaminados y sentarse las bases para investigar y evaluar los efectos de las intervenciones terapéuticas, aspecto fundamental de la investigación científica en un campo que tiene como uno de sus objetivos fundamentales la resolución de problemas clínicos.

Los motivos enumerados hacen que la metodología científica en general, entendida como los diversos principios, procedimientos y prácticas que gobiernan la investigación, y los diseños de investigación en particular, se conviertan en un objeto de atención y estudio preferente por parte de los psicólogos ocupados en labores de asistencia sanitaria. Es evidente que tanto desde una perspectiva científica como clínica y social, deben ser adecuadamente analizados los efectos que los procedimientos de intervención utilizados tienen sobre el comportamiento de los individuos, evaluando específicamente hasta qué punto dichos efectos pueden ser atribuidos a la acción directa de aquéllos y no a otras causas. La elección del diseño más adecuado se convierte así en un aspecto de capital importancia.

El desarrollo de este capítulo tiene por objeto presentar brevemente algunos de los aspectos más destacables relacionados con los diseños de investigación en psicología clínica y de la salud, abordándose igualmente algunas otras cuestiones de interés referentes a las particularidades de la investigación científica en el entorno clínico.

Universidad de La Coruña.

II. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

En líneas generales, y como primera aproximación al concepto de diseño, habría que señalar que este término, como ha puesto de relieve Myers (1980), ha recibido múltiples acepciones en la literatura psicológica, siendo lo más usual el relacionarlo, de forma más o menos directa, con la investigación experimental. Así, parece oportuno subrayar que no debemos caer en el error de considerar como diseños sólo aquellos que se utilizan en la investigación experimental, por lo que, entre las muy diversas definiciones existentes acerca del concepto de diseño, nos parece especialmente adecuada la formulada por Pereda (1987), según la cual el diseño constituye la «estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema que tiene planteado» (p. 248). Por consiguiente, el diseño de investigación puede ser definido en términos generales como un conjunto de reglas mediante las cuales obtenemos observaciones del fenómeno que constituye el objeto de nuestro estudio, o también, de otra forma más simple, podríamos decir que es el patrón o guía de toda investigación científica (García Jiménez, 1986).

Todo diseño debe constituir, por tanto, un adecuado esquema de acción, cuya importancia es tal, que podemos afirmar que la mayor parte de los errores que invalidan un trabajo de investigación se refiere precisamente a la incorrecta elección del mismo. Ahora bien, el diseño, además de constituir un adecuado esquema de acción, debe ser considerado también como una forma de control del error.

Desde este punto de vista, el diseño requiere todo un laborioso proceso de toma de decisiones (Arnau, 1978), persiguiendo dos objetivos fundamentales: proporcionar respuestas a las preguntas por las que se ha iniciado la investigación y controlar las posibles fuentes de variables contaminadoras (Kerlinger, 1964); en nuestro ámbito, evidenciar la acción de los tratamientos psicológicos utilizados y eliminar la influencia de posibles factores extraños intervinientes. De hecho, como ha destacado Pereda (1987), la finalidad primordial del diseño no es otra que permitir al investigador obtener respuestas inequívocas para las preguntas que han dado lugar a la investigación, esto es, los problemas. Por ello, es necesario que los resultados obtenidos mediante su utilización sean tales que permitan hacer inferencias claras sobre el motivo responsable de la realización del estudio.

Evidentemente, no existe un principio único de validez universal que establezca qué diseño puede ser el más adecuado en cada caso, motivo por el que, en general, la elección del mismo suele realizarse en función de una serie de consideraciones de orden metodológico y práctico, entre las que podríamos destacar la simplicidad, la precisión, la validez (tanto interna como externa) y la ausencia de errores sistemáticos, entre otras. Más aún, según Arnau (1978), todo diseño depende en última instancia de los propósitos concretos de la investigación a realizar. Es decir, cada investigación requiere un modelo especial de diseño que

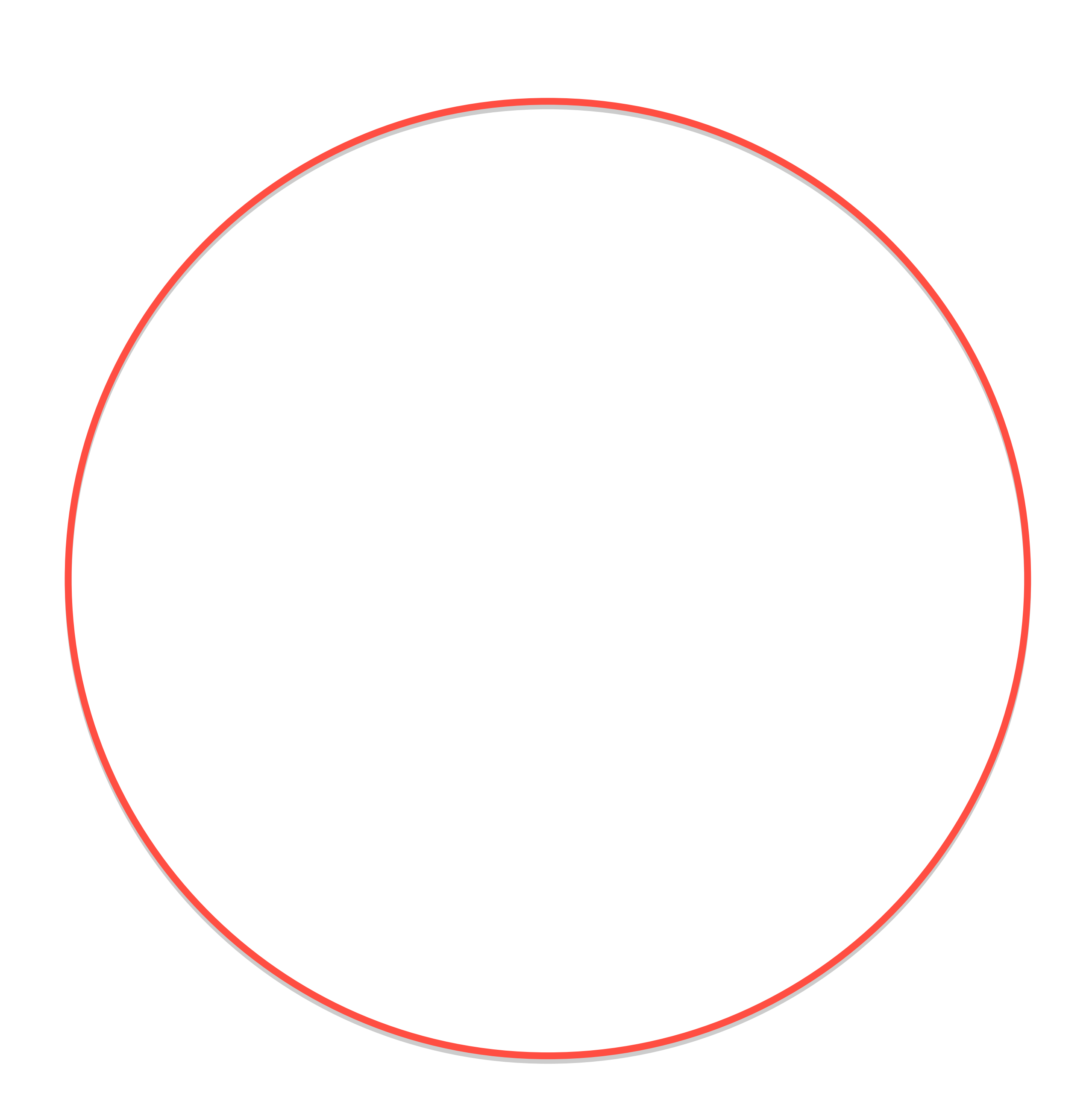
depende de las decisiones previas tomadas por el investigador (tipo de problema a investigar, naturaleza de la hipótesis sometida a prueba, sujetos que se van a emplear, aspectos de la conducta que van a ser medidos, variables implicadas, etcétera).

Ahora bien, como ha apuntado Kazdin (1980), existen diferentes tipos de estrategias de investigación para estudiar la naturaleza de la relación entre variables, las cuales, desde un punto de vista metodológico, se diferencian entre sí en el grado en que controlan las posibles amenazas contra la validez interna y en el tipo de interrogantes que se plantean con respecto a las variables estudiadas. Por este motivo, desde la óptica de la investigación clínica puede hablarse de tres tipos fundamentales de diseños: los diseños experimentales, los cuasiexperimentales y los correlacionales.

Los diseños experimentales son las estrategias más poderosas para separar la influencia de la variable independiente de los factores extraños cuyos efectos pueden oscurecer los hallazgos obtenidos (Martínez Arias, 1987). Esta afirmación puede sostenerse al menos por dos razones fundamentales. Primero, en un experimento el investigador manipula directamente la variable independiente de forma que pueda determinarse una relación de causa-efecto. Segundo, las influencias extrañas que pueden alterar dicha relación, como serían la maduración, el paso del tiempo o la regresión a la media, entre otras, pueden ser objeto de controles diversos. Así, según Labrador (1982), la característica esencial de los diseños experimentales en clínica es la de permitir evaluar sin ambigüedades los efectos que el tratamiento tiene sobre el comportamiento del individuo.

Por su parte, los diseños cuasiexperimentales se emplean en aquellos estudios en los que el investigador no puede controlar algunas de las amenazas que atentan contra la validez interna. En otras palabras, una investigación es cuasiexperimental en virtud de algunas limitaciones para ejercer un control sobre factores extraños. La restricción más común que hace que una investigación sea cuasiexperimental es, probablemente, la incapacidad para controlar la asignación de los sujetos a los diversos grupos o condiciones, a diferencia de los diseños experimentales en los que esta asignación es aleatoria.

Finalmente, los diseños correlacionales tienen como objetivo estudiar la relación entre variables que no son manipuladas por el investigador. A diferencia de los diseños anteriores, los sujetos se seleccionan de acuerdo con alguna característica que poseen, no produciéndose ninguna manipulación experimental. En definitiva, los diferentes niveles de las variables bajo estudio no se obtienen manipulando las características específicas de los sujetos para lograr los valores deseados, sino seleccionando sujetos que difieran o manifiesten niveles diferentes en la variable de interés (Martínez Arias, 1987). Con independencia del problema específico de estos diseños a la hora de establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, lo cierto es que presentan una gran utilidad práctica y un importante valor heurístico, ya que nos permiten el estudio de variables cuya manipulación experimental resulta imposible y proporcionan a menudo



los distintos tipos de diseños intergrupo (diseños aleatorios, diseños de grupos apareados, diseños factoriales, etcétera). A continuación, presentaremos brevemente algunos de los tipos de diseños intergrupo más comúnmente utilizados en la investigación en psicología clínica y de la salud, deteniéndonos posteriormente en la exposición de las principales modalidades de grupos control.

III.1.1. Modalidades básicas

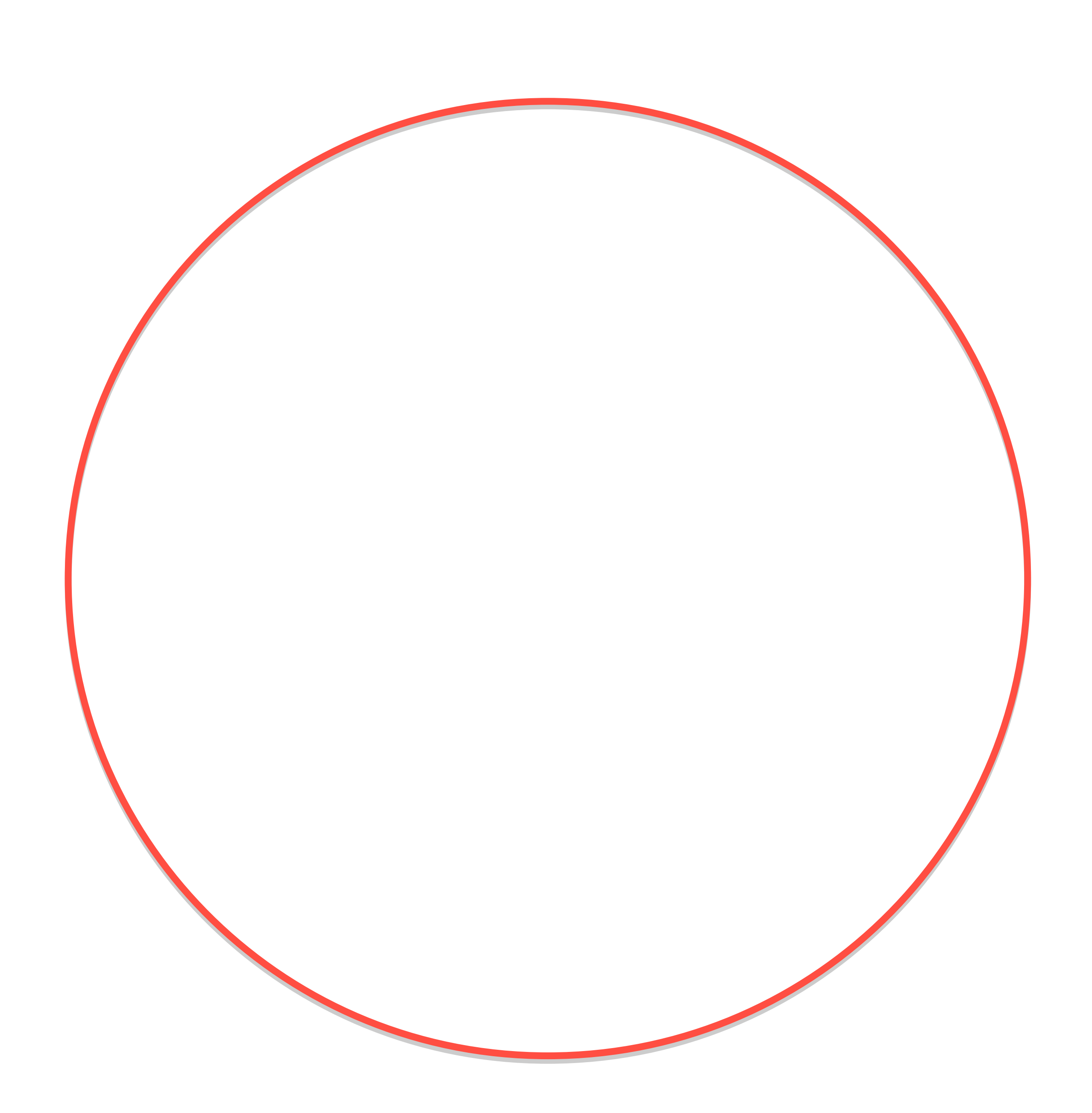
De entre los numerosos tipos de diseños intergrupo, los más utilizados en nuestro ámbito han sido el diseño de grupo control pretest-postest, el diseño de grupo control con sólo postest, el diseño de Solomon y los diseños factoriales con medidas independientes.

El diseño de grupo control pretest-postest consta de un mínimo de dos grupos, uno que recibe tratamiento y otro que no lo recibe. Se emplea en experimentos en los que se manipula una única variable independiente, la cual, obviamente, puede adoptar dos o más niveles. Por consiguiente, este tipo de diseño puede ser utilizado tanto en experimentos bivalentes como multivalentes, siendo, probablemente, el diseño de comparación entre grupos más utilizado en la investigación terapéutica. Lógicamente, la validez interna de este diseño es mayor para experimentos multivalentes que bivalentes, porque se podrá concluir más inequívocamente si el factor manipulado influye o no sobre la conducta estudiada y qué tipo de relación mantienen entre sí ambas variables. Asimismo, la validez externa también aumenta, al ser más representativos del efecto del factor los niveles del mismo empleados en la investigación.

En este diseño, una vez formados los grupos de forma aleatoria, se toman las oportunas medidas de pretratamiento. Posteriormente se asignan al azar los grupos a cada una de las condiciones, una de las cuales será la ausencia de manipulación experimental o control. Una vez finalizada la intervención, se toman las medidas de postratamiento y se realizan los análisis estadísticos adecuados.

Uno de los inconvenientes fundamentales de este diseño es que la realización de la medida pretratamiento puede sensibilizar a los sujetos y afectar así a los resultados de la intervención, motivo por el que en ocasiones puede ser utilizado un diseño prácticamente idéntico, excepto en lo que se refiere a la toma de medidas iniciales, y que se denomina diseño de grupo control con sólo postest.

Ahora bien, en el diseño de grupo control con sólo postest, la ausencia de una evaluación inicial puede inducirnos a pensar en la posibilidad de que en caso de encontrarse diferencias entre los grupos tras la intervención, éstas puedan ser resultado de una diferencia inicial de los mismos en la variable de interés. No obstante, a pesar de la falta de seguridad en la equivalencia inicial de los grupos, lo cierto es que la asignación aleatoria de los sujetos, particularmente si la muestra es amplia, es un criterio metodológicamente adecuado para igualar los grupos, y, por ello, como señala Kazdin (1980), dentro de los márgenes de confianza establecidos por las pruebas de significación, la aleatorización es ga-



de grupo control en el diseño dependerá de los niveles de las variables independientes que se deseen manipular, pudiendo existir por tanto grupo control en uno u otro factor o en ambos.

Una vez formados los grupos, éstos se asignan aleatoriamente a los distintos tratamientos experimentales o combinación de niveles de los factores que se quieren estudiar, debiendo efectuarse, si así lo desea el investigador, una toma de medidas pretratamiento. Tras dicha asignación se procede a aplicar los distintos tratamientos, para, posteriormente, tomar las oportunas medidas postratamiento y efectuar los análisis estadísticos pertinentes.

Las aportaciones fundamentales de los diseños factoriales, al compararlos con los analizados anteriormente, son las siguientes (Martínez Arias, 1987; Pereda, 1987):

a. Estudiar los efectos de interacción de dos o más factores.
b. Aportar una mayor posibilidad de generalización de las conclusiones.
c. Permitir una mayor economía en el trabajo.
d. Favorecer el control en la experimentación.

En definitiva, mediante la utilización de estos diseños, el investigador clínico dispone de una información que le permite tomar decisiones con un mayor campo de aplicabilidad, ya que, adicionalmente a la información obtenida sobre los factores cuando actúan en un relativo aislamiento, ahora el investigador va a poder predecir lo que ocurriría cuando actuasen dos o más factores de forma combinada sobre una conducta, aproximándose más esta situación a la que se produce en los ambientes naturales de los sujetos.

III.1.2. Grupos control utilizados en los diseños de investigación entre grupos

Los diseños a los que hemos aludido en el apartado anterior han sido presentados describiendo su paradigma básico, el cual incluye un grupo experimental que recibe una modalidad determinada de intervención y un grupo control que no la recibe. En cualquiera de estos diseños pueden ser incluidos diversos tipos de grupo control.

A continuación vamos a presentar los principales tipos o modalidades de grupos control que son utilizados en la investigación entre grupos.

a. *Grupo control no tratado*

Este grupo de control pretende dar respuesta al interrogante de hasta qué punto los sujetos pueden mejorar sin recibir el tratamiento, por lo que representa la condición de control más básica y elemental en el ámbito de la investigación terapéutica.

Obviamente, conforme a la lógica interna de los diseños intergrupo, los sujetos que forman parte de este grupo han debido ser asignados aleatoriamente al mismo. La violación de esta asignación al azar reduce la confianza en los resultados que se obtengan del estudio.

Al incluir un grupo control de estas características en el diseño de la investigación, se verifican directamente los efectos de la historia, de la maduración y de otras variables potencialmente contaminadoras que atentan contra la validez interna del experimento.

Sin embargo, la utilización de grupos control no tratados presenta ciertos problemas prácticos y éticos. Así, y por citar algunos de ellos, habría que comentar que los sujetos que forman parte de esta condición de control son conscientes de que su comportamiento está siendo evaluado y de que forman parte de un programa de investigación, pudiendo en consecuencia reflejar cambios resultantes de estos factores "no específicos" (Mahoney, 1978). Además, cuando los sujetos participantes son pacientes y no sujetos análogos, se podría presentar el problema ético de cómo justificar la no aplicación de tratamiento a personas que verdaderamente lo necesitan.

b. *Grupo control de lista de espera*

Como señalan Gottman y Markman (1978), el grupo de lista de espera tiene dos ventajas fundamentales sobre el discutido anteriormente: la lista de espera es un aspecto común que utilizan muchos psicólogos clínicos, por lo que de este modo contaremos con lo que podríamos denominar grupo control natural, y los sujetos están más motivados para completar el estudio porque tienen garantía de que van a ser tratados, solventándose los posibles problemas éticos que conlleva la no administración de tratamiento.

Lo que caracteriza al grupo de lista de espera es que, en primer lugar, no debe aplicársele tratamiento en el período comprendido entre el pretest y el postest del grupo experimental. Durante este intervalo temporal, el grupo de lista de espera podríamos decir que es funcionalmente equivalente al grupo control no tratado. En segundo lugar, el período de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda evaluación del grupo de lista de espera debe corresponderse con el transcurrido entre la evaluación pre y postratamiento del grupo experimental. Esto puede ser fácilmente controlado si el tratamiento tiene una duración concreta y el período de evaluación pre y postratamiento es constante para todos los sujetos tratados. Bastaría con que los sujetos de la lista de espera retornaran para una nueva evaluación después de terminar dicho período. Si por el contrario la duración de éste es variable, la solución sería que cada sujeto de la lista de espera fuera evaluado en el mismo momento en el que se realiza la evaluación postratamiento de cada uno de los sujetos del grupo experimental. De este modo, el intervalo de evaluación para cada sujeto tratado se correspondería con el intervalo de cada sujeto de lista de espera. Estos aspectos son importantes

si queremos controlar posibles variables contaminadoras en el curso del intervalo de evaluación.

Finalmente, un aspecto de interés de este tipo de grupo control es que los efectos del tratamiento son replicados. En efecto, tras realizar la segunda evaluación en los grupos control y experimental, al grupo de lista de espera se le administra el tratamiento previamente aplicado a los sujetos experimentales, finalizando la investigación con una evaluación de postratamiento. De esta forma, podemos evaluar los efectos del tratamiento tanto a través de una comparación intergrupo como intragrupo, permitiéndonos, consiguientemente, realizar una evaluación de los efectos del tratamiento en diferentes puntos del diseño. Por este motivo, desde el punto de vista del diseño experimental, el grupo de lista de espera ofrece más ventajas que el control no tratado.

A pesar de las importantes ventajas apuntadas, el grupo de lista de espera puede no ser, al menos en algunos casos, un adecuado sustituto de un grupo que no recibe tratamiento, especialmente, como apunta Echeburúa (1993), si el propósito de la investigación es evaluar los efectos a largo plazo de una técnica determinada. Sin embargo, también es verdad que el seguimiento a largo plazo es problemático cuando utilizamos un grupo control no tratado, debido a los problemas de falta de cooperación y abandono.

c. *Grupo control sin contacto*

Ya hemos comentado anteriormente cómo el mero hecho de participar en una investigación clínica puede tener un cierto impacto sobre el cambio terapéutico. Así, en ocasiones es posible encontrar que los sujetos de grupos control no tratados y en lista de espera que son sometidos a una evaluación inicial y final, manifiestan cambios en su comportamiento. Por ello, en algunos casos, podría ser especialmente importante evaluar el impacto de la participación en el programa de investigación utilizando como grupo control a sujetos que no tienen contacto con el proyecto. Estos individuos constituyen lo que se denomina grupo control sin contacto (Kazdin, 1980).

Los requisitos para tener un grupo control sin contacto son difíciles de cumplir, ya que los sujetos no forman un mero grupo sin tratamiento, sino que además no tienen conciencia de su participación en la investigación.

Para obtener un grupo de estas características se requiere, en primer lugar, la realización de una evaluación inicial a una muestra de sujetos. Para obtener esta información previa es necesario que la evaluación se efectúe de forma larvada, como formando parte de una serie de actividades rutinarias que se realizan y no asociada a una investigación clínica. Posteriormente, los sujetos serán asignados al azar a los grupos experimental y control sin contacto, realizando más tarde la evaluación final siguiendo idéntico proceder al de la evaluación inicial. Por poner un ejemplo, este tipo de control puede ser establecido con cierta facilidad en el ámbito de la investigación con pacientes hipertensos y diabéticos, aprovechando los controles periódicos a los que éstos son sometidos regularmente.

d. *Grupo de tratamiento no específico o control-placebo*

La utilización del grupo control-placebo permite al investigador examinar los efectos específicos del tratamiento más allá de los efectos inespecíficos. Como es sabido, en cualquier intervención clínica existen muy diversos aspectos que pueden contribuir al cambio terapéutico y que no son algo específico de la técnica particular que se está utilizando. Más aún, en ocasiones, estos aspectos pueden ser los únicos responsables del cambio observado.

De este modo, factores tales como la atención que demanda el tratamiento, tener contacto personal con el terapeuta, escuchar un argumento lógico que puede describir la génesis del problema y experimentar un procedimiento encaminado directamente hacia su resolución, entre otros, pueden tener sus propios efectos terapéuticos.

Cuando un sujeto participa en un tratamiento, es probable que confíe en los procedimientos que se van a utilizar y que tenga la esperanza de que algún tipo de cambio resultará de los mismos. A este respecto, existe una gran cantidad de datos que muestran cómo sustancias inertes e intervenciones psicológicas administradas bajo la apariencia de un tratamiento formal (placebos), pueden alterar una amplia gama de trastornos (Andrasik y Holroyd, 1980; Ross y Olson, 1982; White, Tursky y Schwartz, 1985).

Como señalan Critelli y Neumann (1987), hay dos metáforas dominantes que pueden encontrarse en la literatura con respecto al placebo: los placebos como ingredientes inertes en vez de activos, y los placebos como agentes no específicos en vez de específicos.

En psicología clínica, al contrario de lo que ocurre en el ámbito de la farmacología, se tiende a considerar el placebo como un agente no específico, pero esta consideración admite dos posibles interpretaciones. Por un lado, el término "inespecífico" puede referirse a aquellas características del tratamiento que no se han especificado como los "ingredientes activos" de una modalidad terapéutica particular (Jacobson y Baucom, 1977); por otro lado, el término puede referirse a los factores que no son específicos a tratamientos concretos, es decir, factores que son compartidos por la mayoría de las terapias (Wilkins, 1979).

De acuerdo con Kazdin (1979), podría mantenerse cualquiera de las dos acepciones del término, si bien es posible que la especificación de los factores que todas las terapias tienen en común tenga un carácter menos interpretativo que la identificación de sus ingredientes activos, de modo que la definición basada en los factores comunes gozaría de una objetividad relativa mayor. Como apunta Bayés (1987), esta consideración podría resultar positiva si tenemos en cuenta que en la investigación psicológica actual los elementos que se suponen esenciales y activos pueden variar en función de la teoría bajo la que actúa el investigador. Además, los factores comunes de los tratamientos psicológicos coinciden básicamente con las listas tradicionales de variables placebo (credibilidad del tratamiento, atención del terapeuta, expectativas de mejora, etcétera). Proba-

tratamientos), realizándose una evaluación de la conducta tanto antes como después de la aplicación de cada uno de ellos.

Las ventajas que presenta este diseño son fundamentalmente dos. En primer lugar, se aumenta la validez interna de la investigación, al eliminar de la misma los efectos de la varianza intergrupos (eliminada, como es sabido, al trabajar en una situación experimental tipo II). En segundo lugar, se necesita un menor número de sujetos, ya que cada uno de éstos pasa por todos los tratamientos experimentales.

A pesar de las ventajas citadas, es evidente que cuando se incrementa el número de tratamientos el procedimiento de contrabalanceo se hace cada vez más complejo y dificultoso, siendo en ocasiones prácticamente inviable la realización de un contrabalanceo completo. Por ello, en el caso de los diseños contrabalanceados de tratamiento múltiple suele utilizarse lo que se denomina un contrabalanceo incompleto. Mediante la utilización de este procedimiento, si bien se requiere que todos los sujetos pasen por todas las condiciones, no se exige una réplica completa del mismo, es decir, no se realizan todas las posibles combinaciones de orden, sino que o bien se toma al azar una determinada serie de las mismas, o bien ésta es seleccionada deliberadamente por el investigador. En cualquiera de los dos casos, ha de cumplirse el requisito básico de que cada tratamiento aparezca un mismo número de veces en cada nivel de práctica. Adicionalmente, en investigaciones con un número par de tratamientos se incluye el requisito adicional de que cada tratamiento preceda y siga un mismo número de veces a los restantes tratamientos considerados aisladamente (Pereda, 1987). Así, lo más habitual es recurrir a una ordenación de los tratamientos en filas y columnas de tal forma que cada uno de ellos aparece sólo una vez por fila y otra por columna (cuadrado latino). Como señala Kazdin (1980), en un cuadrado latino el número de grupos, órdenes o posiciones y tratamientos es idéntico.

A pesar de todo, en líneas generales la administración de tratamientos múltiples a un mismo sujeto no es habitual. Cuando se utilizan diseños intragrupo en la investigación clínica, normalmente se comparan los efectos de dos tratamientos distintos. Realizar tratamientos adicionales puede requerir un período de tiempo relativamente largo de tratamiento continuo, de cara a que cada uno de los mismos tenga oportunidad de influir sobre la conducta.

III.3. *Diseños de replicación intrasujeto*

Es ampliamente reconocido que la denominada investigación de caso único proporciona un conocimiento base importante en psicología aplicada, ya que por sus características está especialmente adaptada a la evaluación de tratamientos individualizados en el trabajo clínico.

En el presente apartado, una vez analizadas las características fundamentales de este tipo de diseños y su clasificación, se procederá a presentar algunas de las

Como sucede con otras estrategias experimentales, los diseños de replicación intrasujeto son muy variados, existiendo importantes diferencias entre los diversos diseños que pueden incluirse dentro de esta categoría. No obstante, puede extraerse una serie de aspectos comunes a los mismos, algunos de los cuales, sugeridos por Barlow y Hersen (1973, 1984) y Hayes (1992), son los que enumeramos a continuación:

a. Especificación clara y objetiva tanto de las conductas de interés como de los instrumentos para su registro y forma en que serán evaluadas.

b. Medición repetida y continuada de la conducta a lo largo de las diversas fases en que están divididos los diseños.

c. Generalmente, existe un período inicial de observación, denominado "línea base", que suele ser designado como la fase A del estudio (con la excepción de algún tipo de diseño poco utilizado como el B-A-B, en el cual la primera fase no es de línea base). Durante este período se registra la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta o conductas objeto de estudio, lo que nos proporciona un punto de comparación del cambio producido en la misma por un factor determinado. A este respecto, es importante destacar que normalmente se toma una serie de medidas hasta que surge un patrón de conducta estable, requiriéndose un mínimo de tres medidas aun en el caso de comportamientos que aparentan escasa variabilidad.

d. La variable independiente de interés suele ser una intervención o tratamiento particular que se aplica en un momento concreto denominado fase de intervención, con el objetivo de alterar la conducta del sujeto.

e. Una regla fundamental a seguir en la utilización de estos diseños es la de cambiar una sola variable cada vez que se procede de una fase a otra. Cuando dos variables son manipuladas simultáneamente, el análisis experimental no permite llegar a la conclusión de cuál de los dos componentes, o qué cantidad de cada uno, contribuye a la mejora de la conducta objetivo.

De cara a una clasificación de este tipo de diseños pueden seguirse las sugerencias de Glass, Willson y Gottman (1975) y Kratochwill (1978). Para estos autores, una clasificación posible sería aquella que se establecería en función de dos criterios fundamentales: tamaño del grupo y cantidad de grupos implicados.

Por lo que se refiere al tamaño del grupo, los diseños de replicación intrasujeto pueden estar formados por grupos de un solo sujeto, o bien por grupos de más de un individuo. En ambos casos (N= 1, N>1), la estrategia experimental consiste en replicar sistemáticamente, a través de un solo sujeto o de varios, cada uno de los tratamientos o tratamiento de que consta la investigación (Arnau, 1984).

Respecto al segundo criterio utilizado para la clasificación (cantidad de grupos), pueden darse los diseños simples (formados por un solo grupo) y los diseños mixtos (formados por varios grupos). Como se comprenderá fácilmente, en

estos últimos se combina básicamente la estrategia de replicación intrasujeto con la estrategia de comparación entre grupos.

De acuerdo con Arnau (1984) y Barlow y Hersen (1984), si bien los criterios que acabamos de exponer podrían ser adecuados de cara a la descripción de este tipo de diseños, tanto por razones de estructura interna como de carácter histórico, suelen considerarse dos variedades fundamentales de diseños de replicación intrasujeto: los diseños de reversión y los de no reversión (Sidman, 1960; Baer, Wolf y Risley, 1968).

Los diseños de reversión se caracterizan por la sistemática aplicación y retirada del tratamiento. De esta forma, cualquier discontinuidad o cambio producido como consecuencia de estas interrupciones temporales en la línea de continuidad básica es interpretado en función del impacto ejercido por la variable de tratamiento. Queda claro, de acuerdo con el razonamiento lógico implícito en el diseño, que todo cambio o alteración de la línea conductual básica tiene que coincidir en el tiempo con la presencia o ausencia de una determinada intervención.

Por el contrario, los diseños de no reversión, cuyos principales representantes son sin duda los diseños de línea base múltiple, no adoptan como característica básica la técnica de retirada del tratamiento, sino su aplicación sistemática y secuencial.

Finalmente, podríamos hablar incluso de una tercera variedad, basada en la combinación de las estrategias de replicación intrasujeto y de comparación entre grupos, lo que da lugar a hablar de los diseños de replicación intrasujeto con grupos.

A pesar del indudable interés de las clasificaciones anteriores, lo cierto es que los diseños de replicación intrasujeto pueden ser analizados más correctamente en función de la lógica que utilizan de cara a la obtención y comparación de los datos. De esta forma, podemos hablar de tres grandes tipos de diseños o estrategias generales (Hayes, 1992): diseños intraseries, diseños interseries y estrategias combinadas. Todos los diseños de replicación intrasujeto utilizados en la actualidad pueden ser oportunamente organizados dentro de estas tres variedades.

Los diseños intraseries tienen como objetivo determinar los cambios existentes dentro de una serie de puntos de datos en una sola medida o en un conjunto homogéneo de medidas, mientras que los diseños interseries comparan dos o más series de puntos de datos a través del tiempo. Lógicamente, las estrategias combinadas utilizan conjuntos coordinados de comparaciones efectuadas tanto dentro de una serie como entre series diferentes, por lo que suponen, como su nombre indica, una combinación de los diseños anteriores.

Seguidamente, se presentan brevemente algunas de las modalidades de este tipo de diseños más utilizadas en la investigación y práctica clínica.

III.3.2. Modalidades más utilizadas

Tal como hemos hecho con los tipos anteriores de diseños, —y teniendo en cuenta tanto las limitaciones de un capítulo para abordar toda esta temática, como la existencia de numerosos manuales especializados dedicados de forma exclusiva al estudio de estos diseños—, se aludirá de forma resumida exclusivamente a aquellos que a tenor de su utilización en el ámbito clínico pueden resultar de mayor interés.

El diseño A-B es el más elemental de los diseños de replicación intrasujeto, y representa el fundamento de los diseños cuasiexperimentales (Kratochwill, 1978). Se trata de un diseño análogo al diseño clásico preexperimental pretest-postest de un solo grupo, con la diferencia de que se toma una serie de medidas repetidas sobre un tipo de conducta objeto, tanto antes como después de la intervención (Arnau, 1984). Cualquier cambio de nivel o de tendencia que se produzca en la conducta durante la fase de tratamiento, puede considerarse como efecto de la introducción del mismo. Este cambio de nivel de la conducta durante el período de tratamiento puede además ser comparado con el nivel de la misma que puede predecirse a partir de los datos de la línea base. Este diseño, conocido igualmente con el nombre de diseño de replicación intrasujeto de un solo componente (Arnau, 1984), o diseño de series temporales elementales (Martínez Arias, 1984), puede considerarse como un avance considerable sobre los estudios de caso, pero aun no llega a la categoría de experimento propiamente dicho. El principal inconveniente que presenta es la gran cantidad de hipótesis alternativas que genera y que el propio diseño no puede controlar, quedando por ello su validez interna considerablemente debilitada. Añade, eso sí, una serie de ventajas a los diseños preexperimentales pretest-postest, ya que utiliza una secuencia de observaciones en la línea base, lo que ayuda a controlar de alguna forma la maduración y, hasta cierto punto, la historia. En la práctica clínica este diseño ha representado un cierto avance, ya que ofrece un control mejor que el estudio de caso, pero no obstante existe la posibilidad de que alguna variable no controlada haya influido en la conducta precisamente en el momento del cambio de fase y sea la responsable del cambio de conducta observado.

El diseño A-B-A constituye el modelo básico de diseño de reversión. Mediante su utilización se intentan superar algunas de las limitaciones más importantes del anterior, ya que permite fortalecer la validez interna del experimento (Cook y Campbell, 1979), puesto que proporciona un mayor grado de certeza sobre si ha sido o no la intervención la responsable del cambio. En efecto, como señalan Barlow y Hersen (1984), mientras que el diseño A-B ofrece solamente conclusiones tentativas referentes a la influencia del tratamiento, el diseño A-B-A permite un análisis de los efectos controladores de su introducción y subsiguiente retirada, lo que permite confirmar o no su efecto de manera más clara. Obvia-

mente, la replicación del diseño A-B-A en diferentes sujetos fortalecerá las conclusiones en lo que se refiere a los efectos de la intervención.

A tenor de la lógica interna del diseño, hay que señalar que a menos que la historia natural de la conducta bajo estudio pudiera seguir idénticas fluctuaciones en nivel y/o tendencia, es muy improbable que los cambios observados en la misma sean debidos a cualquier influencia extraña (variables no controladas) y no al hecho de que la variable tratamiento ha sido sistemáticamente manipulada (Barlow y Hersen, 1984). No obstante, aunque este diseño pueda resultar aceptable desde un punto de vista experimental, en las situaciones clínicas presenta al menos dos inconvenientes importantes: necesidad de retirada del tratamiento y finalización del estudio en una fase de línea base. Adicionalmente, está el problema no menos importante de que en numerosas ocasiones el investigador clínico puede ser incapaz de volver la conducta a los niveles originales de la línea base (Browning y Stover, 1971), lo que opera en contra de la lógica del diseño e impide establecer el adecuado control experimental.

Un diseño con estructura muy similar al ya enumerado es el diseño A-B-A/RDO, con la diferencia de que la fase de reversión no sólo implica la retirada del tratamiento, sino su reaplicación a otras conductas incompatibles con la primera (de ahí su nombre, que alude al reforzamiento diferencial de otras respuestas).

A pesar de la amplia utilización de todos estos diseños, no cabe duda de que el diseño de reversión por excelencia es el diseño A-B-A-B, conocido igualmente por diseño operante o de intervención múltiple (Kratochwill, 1978; Martínez Arias, 1984). Su estructura lógica puede ser considerada como una extensión del modelo básico A-B-A, con la adición de una cuarta fase, o fase de tratamiento. Dentro del mismo pueden considerarse dos variaciones fundamentales en función de cómo se realiza la fase de reversión (Leitenberg, 1973): el diseño A-B-A-B de retirada o supresión del tratamiento y el diseño A-B-A-B de inversión. Como señala Kratochwill (1978), la principal diferencia entre ambos radica en la tercera fase del diseño. Así, mientras que en el primero esta fase implica la supresión de la intervención y el retorno a las condiciones de línea base, en el segundo esta fase conlleva la aplicación de la intervención a una conducta incompatible con la primera. Otras variaciones del diseño A-B-A-B pueden efectuarse modificando tanto el orden como el número de las fases (Kazdin, 1982), pudiendo destacar los diseños B-A-B, B-A-B-A y A-B-A-B-A-B. Las limitaciones más importantes de todos estos diseños son las que ya hemos mencionado para otros diseños de reversión.

Entre los diseños de no reversión, los más utilizados en la investigación clínica son los conocidos diseños de línea base múltiple y el diseño de criterio cambiante. Con referencia a los primeros, Baer y cols. (1968) fueron los primeros en describir su razonamiento lógico y presupuestos fundamentales, si bien es preciso reconocer que una estrategia de línea base múltiple había sido utilizada previamente por Marks y Gelder (1967) para evaluar los efectos de la terapia aversiva en un caso de desviación sexual.

son los diseños interseries temporales denominados diseño de tratamientos alternantes y diseño de tratamientos simultáneos. Con respecto al primero, su estrategia básica consiste en la alternancia rápida y aleatoria (o semialeatoria) de dos o más tratamientos (Hayes, 1992), mientras que el segundo, como su propio nombre indica, implica someter al sujeto simultáneamente a dos o más tratamientos en una determinada fase.

IV. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

La investigación sobre los tratamientos psicológicos ha estado tradicionalmente centrada en tres cuestiones fundamentales. En primer lugar, en tratar de demostrar si una determinada modalidad terapéutica es o no efectiva en el tratamiento de un problema concreto. En segundo lugar, en tratar de establecer si unas técnicas son más o menos efectivas que otras y, en tercer lugar, en especificar lo más claramente posible cuáles son los elementos activos de las mismas. Ahora bien, está claro que los interrogantes que pueden ser planteados en la investigación clínica se extienden más allá de estas cuestiones básicas. En cualquier caso, para dar respuesta a éstos y otros interrogantes que analizaremos más adelante, durante el proceso de evaluación clínica se utilizan diferentes estrategias de evaluación de los tratamientos y diversos diseños de investigación.

Las estrategias de evaluación del tratamiento (Kazdin, 1980) constituyen un aspecto particularmente importante en el contexto de la evaluación clínica. Estas estrategias hacen referencia al tipo de aspectos centrales que son investigados en los diversos tratamientos psicológicos. Por tanto, pueden suscitarse diversos tipos de cuestiones, las cuales varían en función del interrogante que plantean acerca de una modalidad particular de intervención y del impacto de la misma sobre el comportamiento. Así, por ejemplo, podemos preguntarnos qué aspectos o componentes del tratamiento son necesarios, suficientes o facilitadores del cambio terapéutico. Igualmente, podríamos centrar nuestro interés en tratar de incrementar la eficacia del procedimiento de intervención realizando sucesivas variaciones del misno. Éstos y otros interrogantes acerca de la terapia pueden ser evaluados a través de diferentes estrategias. Como veremos seguidamente, y siguiendo la exposición efectuada por Kazdin (1986), cada una de estas estrategias de evaluación trata de dar respuesta a interrogantes diversos acerca de los tratamientos y de otras variables que pueden influir en el cambio terapéutico, por lo que no se puede hablar de que unas determinadas estrategias sean más o menos válidas que otras, sino que, por el contrario, son diferencialmente útiles o apropiadas dependiendo del interés del investigador y de los interrogantes que éste se pueda plantear en un momento determinado, por lo que podemos afirmar que se complementan entre sí.

La estrategia de paquete de tratamiento evalúa los efectos de una determinada modalidad de intervención tal como ésta es habitualmente utilizada por

añadidos al paquete, mientras que aquellos que no evidencian incrementos en la efectividad de la técnica son desechados.

La ventaja fundamental de la estrategia constructiva es que mediante la misma se establece un paquete de tratamiento de forma empírica. Este desarrollo empírico del tratamiento es especialmente interesante para la psicología clínica, ya que muchos de los tratamientos que se han desarrollado no han demostrado aún su validez. La investigación en el área del modelado ilustra las ventajas que puede tener este tipo de estrategia evaluativa, ya que gracias a la misma se ha demostrado que los efectos del modelado se incrementan cuando el paciente no sólo observa al modelo sino que practica bajo la dirección de éste un determinado tipo de conducta (modelado participativo).

La estrategia paramétrica se caracteriza por variar aspectos específicos de un tratamiento dado para determinar si ello influye en los resultados alcanzados por el mismo. Se trata en definitiva de plantearse qué variaciones del tratamiento pueden ser realizadas de cara a incrementar su efectividad. De este modo, las distintas dimensiones o parámetros del tratamiento son alterados para encontrar la forma óptima de administrar el mismo.

Si bien esta estrategia examina las dimensiones que pueden ser alteradas para incrementar la efectividad terapéutica, no debe confundirse con las estrategias de desmantelamiento y la estrategia constructiva. En este caso no se retiran ni se añaden componentes, sino que se varían una o más dimensiones dentro del tratamiento existente de cara a encontrar la variación óptima. Un aspecto importante a considerar a la hora de utilizar esta estrategia de evaluación es que la investigación paramétrica permite no sólo variar aspectos cuantitativos de una determinada técnica terapéutica (por ejemplo, la exposición breve frente a la exposición prolongada), sino también cualitativos (por ejemplo, la exposición en la imaginación frente a la exposición en vivo).

Por su parte, en la estrategia comparativa dos o más tratamientos diferentes son comparados. La investigación comparativa trata de dar respuesta a la pregunta de qué tratamiento es el más efectivo de entre los diversos que se puedan postular para el abordaje de un problema particular. Se trata en definitiva de conocer si para un tipo de problema y unas circunstancias concretas, el tratamiento considerado posee una eficacia superior a los demás tratamientos alternativos que podrían aplicarse en su lugar (Bayés, 1987).

La investigación comparativa encierra un amplio número de dificultades metodológicas que la convierten en una de las más complejas estrategias de evaluación del tratamiento. Entre las cuestiones más relevantes cabría destacar la adecuada selección de las variables dependientes que reflejen los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas específicas y la aplicación apropiada de los diversos procedimientos de intervención a comparar.

Las diversas estrategias comentadas hasta el momento implican un análisis de técnicas de tratamiento específicas y de los elementos que las componen. No hemos hecho mención en ningún momento a los sujetos que se encuentran inmersos dentro de este contexto, a pesar de que, como es sabido, pacientes y te-

rapeutas están implicados en la intervención hasta tal punto de que sus conductas alteran los resultados obtenidos. Se trata ahora de examinar cómo la efectividad de un tratamiento particular puede variar en función de determinadas características de los pacientes y terapeutas.

Por tanto, la estrategia de variación del cliente y del terapeuta trata de dar respuesta a la pregunta de qué características del cliente y del terapeuta interactúan con los efectos del tratamiento o contribuyen a los resultados del mismo. Para responder a este interrogante se han seguido fundamentalmente dos caminos (Kazdin, 1986). En primer lugar, los clientes y terapeutas pueden ser seleccionados en función de determinadas características o atributos tales como edad, sexo, severidad del problema, experiencia clínica, etc. (Barrett y Wright, 1984; Simón y Durán, 1994). En segundo lugar, la conducta de ambos individuos puede ser manipulada experimentalmente (Morris y Suckerman, 1974).

Todas las estrategias analizadas se refieren a aquello que tradicionalmente ha sido denominado "investigación de resultados", en la que el criterio para evaluar el tratamiento es el propio resultado alcanzado tras la aplicación del mismo. En contraposición a este tipo de proceder se encuentra la "investigación de procesos", centrada en el estudio de la estructura interna de los diferentes tratamientos (Greenberg, 1986) y en el análisis de las relaciones entre pacientes y terapeutas y sus efectos sobre la conducta de ambos (Mintz, 1977). En esta línea, la llamada estrategia de investigación del proceso pretende aportar información sobre las variaciones que se producen en determinadas conductas de interés a lo largo de la aplicación del tratamiento y, a ser posible, sobre las relaciones funcionales entre éstas y determinadas condiciones, situaciones o tratamientos (Vizcarro, 1987). Se ocupa igualmente de investigar las percepciones de los pacientes y terapeutas sobre el curso del tratamiento. En líneas generales, se puede afirmar que esta estrategia de evaluación pretende dar respuesta al interrogante de qué aspectos de la relación cliente-terapeuta contribuyen a los resultados exitosos del tratamiento. Algunos trabajos han seguido esta estrategia de evaluación obteniendo resultados que pueden aportar claridad a este tema tan complejo de la intervención psicológica (Rosen y Proctor, 1981; Rice y Saperia, 1984).

Para terminar este punto, cabe destacar que cada una de las estrategias apuntadas trata de identificar cuestiones acerca del tratamiento y de algunas variables con las que éste interactúa. No obstante, existe la posibilidad de realizar una combinación de las distintas estrategias a través de diseños factoriales. De esta forma, podemos aludir a las estrategias combinadas, caracterizadas como unas estrategias paciente-terapeuta-técnica que reconocen que los efectos de una intervención particular pueden estar en función de las características del paciente, terapeuta y tratamiento (Paul, 1969). Conviene recordar que hace ya tiempo Kiesler (1966) apuntó que el mito de uniformidad implícito en la investigación sobre los tratamientos psicológicos es consecuencia de un fracaso en la distinción entre tipos de pacientes, terapeutas y técnicas. Mediante la utilización de estrategias combinadas se trata precisamente de resolver esta importante cues-

tión. Gracias a este planteamiento, se están desarrollando en los últimos años programas de intervención específicos e individualizados, diseñados para cada sujeto concreto en función de sus características, aspecto éste que, como apuntó Labrador (1984), caracteriza a la modificación de conducta actual.

V. LA INVESTIGACIÓN ANÁLOGA Y LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dentro de la evaluación clínica, un investigador que ha seleccionado una cuestión problemática con referencia a un determinado tratamiento psicológico y el diseño experimental a utilizar, necesita todavía especificar ciertas condiciones bajo las cuales el estudio será puesto en marcha. Hasta el momento hemos aludido a los distintos interrogantes que podemos plantearnos sobre las distintas técnicas terapéuticas, a las estrategias que podemos seguir para dar respuesta a los mismos y a los diseños de investigación más comúnmente utilizados para obtener datos no contaminados y llegar así a conclusiones válidas. Ahora bien, en todo el proceso de evaluación de los tratamientos en psicología clínica y psicología de la salud está claro que intervienen sujetos con un determinado trastorno o comportamiento problema, por lo que probablemente hemos estado suponiendo que dicha evaluación tiene lugar en un contexto o situación clínica.

Sin embargo, las condiciones en las cuales se pueden investigar las diversas cuestiones acerca de los tratamientos psicológicos pueden variar ampliamente. Estas condiciones suelen hacer referencia al grado en el que las mismas se asemejan a las situaciones clínicas reales. Por ello, la investigación análoga y los ensayos clínicos son los dos extremos de un continuo de semejanza de las condiciones de investigación con la práctica clínica que han sido utilizados en la evaluación de los diferentes tratamientos psicológicos.

Como es de suponer, desarrollar la investigación terapéutica en contextos clínicos puede presentar distintos obstáculos prácticos y objeciones éticas al investigador. Tanto es así que, en ocasiones, la investigación en situaciones clínicas resulta casi impracticable o prohibitiva. Por este motivo, una gran cantidad de la investigación realizada ha sido llevada a cabo bajo condiciones "análogas" a las que se encuentran en la clínica. De este modo, denominamos investigación análoga a aquella investigación que evalúa el tratamiento bajo condiciones que solamente se asemejan o aproximan a la situación clínica (Gurman, 1984).

Ahora bien, para evaluar diversos aspectos del cambio de conducta y de los procesos terapéuticos han sido utilizados distintos tipos de estudios análogos; éstos varían en función del grado de semejanza con la situación clínica a la cual el investigador pretende generalizar los resultados. En un extremo, los análogos animales han sido utilizados para estudiar fenómenos que pueden ser relevantes para la terapia (Adams y Hughes, 1976). Así, la investigación animal ha generado en ocasiones tanto las bases conceptuales de algunas modalidades terapéuticas como procedimientos de los cuales han emanado las mismas; como ejem-

plo se podrían citar técnicas específicas como la desensibilización sistemática y la inundación, las cuales han sido desarrolladas en parte gracias a la investigación sobre neurosis experimentales con especies animales (Masserman, 1943; Wolpe, 1958). Más aún, la investigación animal ha sido una de las fuentes más directamente responsable del desarrollo del modelo conductual (Levis, 1985). En el otro extremo, un intenso trabajo de investigación de laboratorio con sujetos humanos ha sido realizado para aislar procesos específicos que ocurren en la terapia (Heller, 1971), aspecto extremadamente complejo y difícil de controlar. Así, podríamos citar los trabajos realizados sobre el condicionamiento verbal, en los que el terapeuta tiene que alterar la conducta del sujeto dentro de las sesiones terapéuticas (Heller y Marlatt, 1969). En esta misma línea, algunos de los más populares estudios análogos son aquéllos en los que se evalúan los efectos de determinadas intervenciones terapéuticas en situaciones que pretenden tener cierta similitud con el contexto clínico. En estos estudios, determinados sujetos, habitualmente estudiantes universitarios con problemas, son sometidos a técnicas terapéuticas. La forma en que los sujetos son reclutados, el tipo de problemas que manifiestan, el entrenamiento de los terapeutas, la manera en la que el tratamiento es aplicado y algunos otros aspectos, varían de las aplicaciones clínicas reales (véase Simón, 1989, para una descripción pormenorizada de las características de las investigaciones análogas y de los ensayos clínicos).

Actualmente, los estudios análogos se refieren fundamentalmente a aquellas investigaciones terapéuticas que se realizan en el contexto de condiciones controladas de laboratorio y con poblaciones no clínicas (Bandura, 1978; Bayés, 1984; Kazdin, 1986).

Las ventajas generales de la investigación análoga son su relativa facilidad de realización y su bajo coste. Estas ventajas permiten la investigación original de nuevos procedimientos e ideas que más tarde pueden ser llevadas a situaciones clínicas. Así, la investigación en situaciones clínicas podría quedar reservada para planteamientos que han sido probados previamente bajo condiciones controladas de laboratorio y que tienen por ello una relativamente alta probabilidad de aportar resultados de interés.

La investigación análoga permite al investigador controlar una gran cantidad de variables que usualmente fluctúan en la situación clínica (Bayés, 1984). Por ello, Gurman (1984) manifiesta que los estudios análogos maximizan la validez interna a través del control experimental de las fuentes de variación que pueden afectar al tratamiento utilizado. No obstante, se ha señalado que la superioridad en control mostrada por la investigación de laboratorio frente a la investigación en situaciones clínicas, está en función de las prioridades de los diferentes métodos de investigación (Simón, 1989).

Una cuestión relevante a plantear es que, aunque los investigadores suelen estar de acuerdo en que los estudios análogos pueden contribuir al conocimiento general sobre los mecanismos y procesos del cambio conductual, hay una enorme divergencia de opinión sobre la validez externa de los mismos. Así, por ejemplo, Marks (1978) opina que los experimentos clínicos y análogos per-

utilización de una metodología rigurosa en el trabajo cotidiano que permita efectuar los necesarios controles de efectividad de los tratamientos aplicados.

Afortunadamente, existe un progresivo incremento en el reconocimiento de la efectividad de los procedimientos conductuales para el tratamiento de numerosos problemas de salud, en especial de los trastornos crónicos, tanto por parte de la sociedad en general, como de los diversos profesionales de la salud en particular. Este reconocimiento está ocasionando que paulatinamente los psicólogos se encuentren inmersos en unas labores de asistencia sanitaria que hace sólo unos años eran impensables. A nuestro modo de ver, para que dicho trabajo resulte realmente fructífero, será necesario desarrollar el conocimiento de la metodología y prácticas de investigación en este ámbito, planteándose la cuestión como algo que tiene sentido e interés más allá de los libros de texto y de los laboratorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, H. E. y Hughes, H. H. (1976). Animal analogues of behavioral treatment procedures: a critical evaluation. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Comps.) *Progress in behavior modification (vol. 3)*. Nueva York. Academic Press.

Andrasik, F. y Holroyd, K. A. (1980). A test of specific and non-specific effects in the biofeedback treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 575-586.

Arnau, J. (1978). *Psicología experimental. Un enfoque metodológico*. México. Trillas.

Arnau, J. (1982). *El diseño de replicación intra-sujeto como alternativa metodológica al diseño clásico.* Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela, España.

Arnau, J. (1984). *Diseños experimentales en psicología y educación (vol.2)*. México. Trillas.

Baer, D. M., Wolf, M. M. y Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.

Bandura, A. (1978). On paradigms and recycled ideologies. *Cognitive Therapy and Research, 2*, 79-103.

Barlow, D. H. y Hersen, M. (1973). Single case experimental designs: uses in applied clinical research. *Archives of General Psychiatry, 29*, 319-325.

Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change (2.ª ed.)*. Nueva York. Pergamon Press.

Barrett, C. L. y Wright, J. H. (1984). Therapist variables. En M. Hersen, L. Michelson y A. S. Bellack (Comps.) *Issues in psychotherapy research*. Nueva York. Plenum Press.

Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología, 30/31*, 127-146.

Bayés, R. (1987). El "efecto placebo" en los procesos de cambio terapéutico. *Estudios de Psicología, 31*, 71-81.

Bergin, A. E. y Strupp, H. H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Nueva York. Aldine.

Browning, R. M. y Stover, D. O. (1971). *Behavior modification in child treatment: an experimental and clinical approach*. Chicago. Aldine.

Cochran, W. G. y Cox, G. M. (1965). *Diseños experimentales*. México. Trillas.

Cook, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago. Rand McNally.

Critelli, J. W. y Neumann, K. F. (1987). Placebo: análisis conceptual de un constructo en transición. *Estudios de Psicología, 31*, 27-39.

Echeburúa, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Bilbao. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1983). Garantías científicas y éticas del psicodiagnóstico. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.) *Psicodiagnóstico*. Madrid. UNED.

García Gallego, C. (1983). Aproximación a los diseños de caso único. *Revista de Psicología General y Aplicada, 38*, 561-574.

García Jiménez, M. V. (1986). *El método experimental en la investigación psicológica*. Madrid. Universidad Complutense, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.

Glass, G. V., Willson, V. L. y Gottman, J. M. (1975). *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder, Colorado. Colorado Associated University Press.

Gottman, J. M. y Markman, H. J. (1978). Experimental designs in psychotherapy research. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis (2.ª ed.)*. Nueva York. Wiley.

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4-9.

Gurman, A. S. (1984). Commentary: analogue research and the family therapist. *Family Process, 23*, 341-345.

Hall, R. V. y Fox, R. G. (1977). Changing-criterion designs: an alternative applied behavior analysis procedure. En C. C. Etzel, G. M. LeBlanc y D. M. Baer (Comps.) *New developments in behavioral research: theory, method and application*. Hillsdale, Nueva Jersey. Lawrence Erlbaum.

Hayes, S. C. (1992). Single-case experimental design and empirical clinical practice. En A. E. Kazdin (Comp.) *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington. American Psychological Association.

Heller, K. (1971). Laboratory interview research as an analogue to treatment. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. Nueva York. Wiley.

Heller, K. y Marlatt, G. A. (1969). Verbal conditioning, behavior therapy and behavior change: some problems in extrapolation. En C. M. Franks (Comp.) *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York. McGraw-Hill.

Hersen, M. (1985). Single-case experimental designs. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Comps.) *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York. Plenum Press.

Jacobson, N. S. y Baucom, D. H. (1977). Design and assessment of nonspecific control groups in behavior modification research. *Behavior Therapy, 8*, 709-719.

Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 846-851.

Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology*. Nueva York. Harper and Row.
Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. Nueva York. Oxford University Press.
Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: research design and methodology. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change (3.ª ed.)*. Nueva York. Wiley.
Kazdin, A. E. (1992). Drawing valid inferences from case studies. En A. E. Kazdin (Comp.) *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington. American Psychological Association.
Kazdin, A. E. y Wilson, G. T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: issues, evidence and research strategies*. Cambridge. Ballinger.
Kerlinger, F. N. (1964). *Foundations of behavioral research*. Nueva York. Holt, Rinehart and Winston.
Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110-136.
Klerman, G. L. y Schechter, G. (1982). Drugs and psychotherapy. En E. S. Paykel (Comp.) *Handbook of affective disorders*. Nueva York. Guilford Press.
Kraemer, H. D. (1981). Coping strategies in psychiatric clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 309-319.
Kratochwill, T. R. (Comp.) (1978). *Single subject research. Strategies for evaluating change*. Nueva York. Academic Press.
Labrador, F. J. (1982). *La importancia de los diseños N=1 en la investigación en psicología clínica.* Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela, España.
Labrador, F. J. (1984). La modificación de conducta en los años ochenta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 2*, 197-240.
Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology, 82*, 87-101.
Levis, D. J. (1985). Experimental and theoretical foundations of behavior modification. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Comps.) *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York. Plenum Press.
Mahoney, M. J. (1978). Experimental methods and outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 660-672.
Marks, I. M. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis (2.ª ed.)*. Nueva York. Wiley.
Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1967). Transvestism and fetishism: clinical and psychological changes during faradic aversion. *British Journal of Psychiatry, 113*, 711-729.
Martínez Arias, M. R. (1984). Diseños experimentales y cuasi-experimentales con sujeto único en modificación de conducta. En J. Mayor y F. J. Labrador (Comps.) *Manual de modificación de conducta*. Madrid. Alhambra.
Martínez Arias, M. R. (1987). Metodología en psicología clínica: introducción general y métodos experimentales. En J. F. Morales (Comp.) *Metodología y teoría de la psicología (3.ª ed.)*. Madrid. UNED.
Masserman, J. H. (1943). *Behavior and neurosis*. Chicago. University of Chicago Press.
Mintz, J. (1977). The role of the therapist in assessing psychotherapy outcome. En A. S.

Gurman y A. M. Razin (Comps.) *Effective psychotherapy: a handbook of research*. Nueva York. Pergamon Press.
Morris, R. J. y Suckerman, K. R. (1974). Therapist warmth as a factor in automated desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 244-250.
Myers, A. (1980). *Experimental psychology*. Nueva York. Van Nostrand.
Parloff, M. B. (1979). Can psychotherapy research guide the policymaker?: a little knowledge may be a dangerous thing. *American Psychologist, 34*, 296-306.
Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: design and tactics. En C. M. Franks (Comp.) *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York. McGraw-Hill.
Pereda, S. (1987). *Psicología experimental. I. Metodología*. Madrid. Pirámide.
Rice, L. y Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions. En L. Rice y L. Greenberg (Comps.) *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York. Guilford Press.
Rosen, A. y Proctor, E. K. (1981). Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 418-425.
Ross, M. y Olson, J. M. (1982). Placebo effects in medical research and practice. En J. R. Eiser (Comp.) *Social psychology and behavioral medicine*. Nueva York. Wiley.
Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Nueva York. Basic Books.
Simón, M. Á (1989). *Diseños y evaluación clínica. Proyecto docente*. Santiago de Compostela.
Simón, M. Á y Durán, M. (1994). Behavioural therapy for sleep onset insomnia: dependence of its effectiveness on the severity and duration of the disorder. *Medical Science Research, 22*, 73-76.
Vizcarro, C. (1987). Aproximaciones empíricas al estudio del proceso diagnóstico. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 3*, 299-344.
Walton, M. C. y Braver, S. L. (1988). Statistical treatment of the Solomon four-group design: a meta-analytic approach. *Psychological Bulletin, 104*, 150-154.
White, L., Tursky, B. y Schwartz, G. (1985). *Placebo: theory, research and mechanisms*. Nueva York. Guilford Press.
Wilkins, W. (1979). Expectancies in therapy research: discrimination among heterogeneous non specifics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 837-845.
Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California. Stanford University Press.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change (2.ª ed.)*. Nueva York. Pergamon Press (trad., Martínez Roca, 1988).
Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (Comps.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change (3.ª ed.)*. Nueva York. Wiley.
Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology*. Nueva York. Harper and Row.
Kazdin, A. E. (Comp.) (1992). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington. American Psychological Association.

que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar las estrategias para su implantación, lo cual supone previamente elaborar una estrategia de evaluación y disponer de instrumentos adecuados que nos permitan evaluar dicha conducta a fin de constatar hasta qué punto se ha seguido un tratamiento; sobre estos aspectos nos vamos a centrar en el desarrollo del presente capítulo: en primer lugar, se van a describir brevemente algunos aspectos relacionados con el problema de adherencia al tratamiento, para posteriormente abordar los factores que afectan a dicho comportamiento y los procedimientos, métodos o técnicas de evaluación de la conducta adherente.

II. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. DEFINICIÓN E INCIDENCIA

La adhesión o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud se ha definido (Epstein y Cluss, 1982) como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido. Meichenbaum y Turk (1987) hacen una distinción entre el término cumplimiento y adhesión; el primero, coincidente con la definición de Epstein y Cluss, connotaría un papel pasivo en el que el paciente sigue fielmente las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, tendría una implicación más activa y de colaboración voluntaria del sujeto.

Es importante clarificar que al hablar de adhesión terapéutica, hacemos referencia al seguimiento de los tratamientos tanto médicos como comportamentales, a las intervenciones con fines preventivos (prescripciones para tomar parte en comportamientos que resultan protectores de la salud), y a los tratamientos en pacientes con afecciones crónicas, etc. La no adhesión terapéutica no se limita a la medicación. Los problemas de falta de adhesión también se refieren al mantenimiento por parte del sujeto de las conductas que resultan protectoras de la salud (uso de cinturones de seguridad en el autómovil, hacer ejercicio físico, realizar las tareas para casa durante el proceso de evaluación y modificación de conducta, etcétera).

Para Meichenbaum y Turk (1987), la adhesión cubre una variedad de conductas entre las que se encuentran: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento, 2) asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, 3) tomar correctamente la medicación prescrita, 4) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control del estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.), 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etcétera).

Es difícil estimar la magnitud real del problema, ya que al hablar del fracaso en la adherencia lo estamos haciendo de un fenómeno múltiple pues son varios los fallos que pueden darse en el cumplimiento y estar en función del tipo de problema y de las características del tratamiento, siendo escasos los trabajos en los que se especifica cómo se ha definido el fallo.

fermedades iatrogénicas y otros efectos indeseables; al margen del abuso en la prescripción por un sector importante de los médicos (Soler Insa, 1981), la automedicación es una práctica muy extendida en España, con el consiguiente riesgo de sobredosis, reacciones adversas, etcétera;

c. el uso indebido de medicamentos supone un elevado coste socioeconómico, así, España ocupa el quinto lugar en el mundo en consumo de fármacos; la influencia de la publicidad, la facilidad de acceso al mercado farmacéutico, la proliferación de laboratorios y preparados, la prescripción farmacológica masiva e innecesaria, la carencia absoluta de educación sanitaria hacen que seamos un país con una elevada cuenta de gastos en farmacia y, al mismo tiempo, con un gran despilfarro de medicamentos. Aparte de los medicamentos que no se toman y caducan, muchos pacientes tienen que ser hospitalizados precisamente por incumplimiento (Gordis, 1979).

Como señalan Labrador y Castro (1987), no seguir los tratamientos supone que los pacientes no se beneficien suficientemente de los progresos médicos, pero que a su vez las elevadas tasas de no adherencia dificultan una adecuada evaluación de la eficacia de esos procedimientos, pues en muchos casos los resultados negativos que se obtienen pueden deberse no a la falta de eficacia de los procedimientos, sino al incumplimiento del tratamiento. Así, Soutter y Kennedy (1974) en una revisión de 768 estudios sobre el efecto de determinados fármacos comprueban que sólo en el 42% se evaluaba el cumplimiento o no del tratamiento por el paciente, y sólo en el 19% este cumplimiento se evaluó de forma objetiva. Vemos que la no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una no eficiente utilización de los servicios y un aumento innecesario del coste de los mismos, pero, sobre todo, el proceso de alto riesgo de pacientes hipertensos, cardiópatas o diabéticos y su pronóstico depende en alto grado del cuidadoso seguimiento de las prescripciones.

No se ha encontrado qué factores socioeconómicos, motivacionales o características de personalidad se asocian a la no adherencia (Dunbar y Agras, 1980; Reig, 1981), pero dadas las elevadas tasas de no adherencia encontradas, puede considerarse a cada paciente como un potencial no/adherente (Reig, 1981).

Fernández Trespalacios (1984) señala que el incumplimiento se agrava al tratarse de regímenes de cierta duración y complejidad, según los niveles de insatisfacción del paciente con el médico, cuando la eficacia del tratamiento es lenta, cuando aparecen problemas derivados del mismo tratamiento y cuando la percepción del paciente de su propia vulnerabilidad a la enfermedad es grande.

Frente a esta situación, no pocos profesionales de la salud se limitan a sugerir, aconsejar cambios en nuestros hábitos de vida o costumbres o prescribir una medicación: «no beba tanto...», «no debería fumar...», «debería hacer algo de ejercicio...», etc.; como afirman Costa y López (1986) se olvida que cambiar un comportamiento y ayudar a la gente a hacerlo debe ser responsabilidad del sistema de salud.

Intervenir y elaborar estrategias para la implantación de la conducta de

adhesión supone previamente conocer las variables o factores que afectan a estas conductas y disponer de instrumentos adecuados de medida que permitan la evaluación de dicha conducta. A continuación vamos a considerar brevemente los factores que afectan a la adherencia para posteriormente abordar los procedimientos, métodos o técnicas de evaluación de la conducta adherente.

III. FACTORES QUE AFECTAN A LA ADHERENCIA

El trabajo de estudio e investigación sobre los factores que afectan a la conducta de adherencia/no adherencia se encuentra en una fase inicial (Janis, 1984; Meichenbaum y Turk, 1987), siendo la mayoría de los trabajos realizados de tipo correlacional, y muy escasos los estudios en los que se ha intentado valorar el posible incremento de la conducta de adhesión según la intervención sobre alguna de las hipotéticas variables que se supone la determinan. Toda vez que se identifiquen los determinantes de la adhesión podremos utilizar distintas estrategias de intervención para el incremento de la conducta de adhesión al tratamiento.

Un primer acercamiento tradicional en la búsqueda de los factores que pudieran afectar a la adherencia mostró que no aparecían relaciones entre ésta y factores motivacionales, socioeconómicos o características de personalidad (Gentry, 1977; Dunbar y Agras, 1980; Reig, 1981), pareciendo estar más relacionada fundamentalmente con las características del tratamiento (Dunbar y Stunkard, 1980; Labrador y Castro, 1987) y variables del contexto clínico entre las que incluiríamos la relación del terapeuta y el paciente. Respecto a la severidad del problema, se ha supuesto que cuanto más grave era el problema mayor sería la adhesión al tratamiento; sin embargo, los resultados no han confirmado esta relación.

La gran mayoría de las investigaciones realizadas sobre las variables asociadas al seguimiento de las instrucciones terapéuticas ha considerado variables: *a.* del paciente, *b.* del tratamiento, *c.* del trastorno o enfermedad, y *d.* variables de relación (interacción paciente × terapeuta). Respecto a las variables del paciente sólo se han establecido relaciones sólidas entre el grado de satisfacción del paciente con el terapeuta y el régimen terapéutico y su nivel de adhesión; los sujetos insatisfechos tienen mayores posibilidades de no cumplir las instrucciones de tratamiento. La forma en que los sujetos perciben la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad, tiene importantes implicaciones para la adhesión.

Contribuye a la falta de adhesión la existencia de diferencias entre el modelo explicatorio de la enfermedad (etiología, pronóstico y tratamiento) defendido por el paciente y el defendido por el terapeuta (Rosenstock, 1974, 1985), siendo fundamental evaluar las percepciones, actitudes y expectativas del paciente acerca de su problema y de su tratamiento e incorporar una fase de reconcep-

tualización que modifique las expectativas o creencias incorrectas del paciente. Como señala Villamarín (1990), recogiendo los escasos trabajos realizados hasta el momento, la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de cumplimiento; así, en el trabajo de Kaplan, Atkins y Reinsch (1984), quienes aplicaron tres procedimientos psicológicos a 60 pacientes adultos que padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica para implicarlos en un programa de ejercicio físico, se comprueba que la autoeficacia postratamiento, que se incrementó al máximo mediante un procedimiento cognitivo, predijo significativamente el grado de cumplimiento del ejercicio físico en el momento del seguimiento.

La complejidad del tratamiento (número de medicamentos a consumir, frecuencia del consumo, combinación de distintos tipos de intervención, la duración del tratamiento, etc.) contribuye a facilitar errores y omisiones en el cumplimiento. Cuanto más complejas son las demandas de un tratamiento, peor será la tasa de adhesión al mismo, de igual forma, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo; asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión.

Se ha reconocido una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que acompañan a éstas que parecen estar relacionados con la adhesión o la falta de ésta. Así, un rápido y manifiesto alivio de síntomas desagradables al seguir las prescripciones incrementa la adhesión; por contra, ésta será menor cuando las recomendaciones terapéuticas sean de tipo profiláctico y se tengan que realizar en ausencia de síntomas que supongan un claro malestar.

Por lo que respecta a las variables de la relación entre el terapeuta y el paciente, los datos indican que la conducta del terapeuta juega un papel fundamental en el proceso de adhesión a las instrucciones terapéuticas. La satisfacción del paciente, producto entre otras muchas variables, de una buena comunicación y empatía, incrementa la conducta de adhesión.

Meichenbaum y Turk (1987) resumen los estudios realizados en torno a las variables más importantes señalando que la falta de adhesión puede surgir a partir de cualquiera de las siguientes razones: 1) el paciente no sabe qué hacer, 2) el paciente no posee las competencias o recursos necesarios para realizar el régimen de tratamiento, 3) el paciente no cree disponer de las capacidades para poder realizar el tratamiento, 4) el paciente cuestiona la utilidad del tratamiento, 5) el régimen es demasiado exigente y el paciente no considera que los beneficios potenciales compensen los costos, 6) la adhesión es asociada a sensaciones adversas o no gratificantes, 7) la calidad de la relación del paciente y el terapeuta es pobre, y 8) no hay continuidad en la atención.

IV. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA

La adherencia a las instrucciones terapéuticas es un comportamiento, sujeto a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas, y por ello es fundamental, como hemos visto, determinar las variables que regulan su aparición y poder, de este modo, elaborar procedimientos para su implantación, lo cual supone previamente elaborar una estrategia de evaluación y disponer de técnicas adecuadas que nos permitan valorar dicho comportamiento a fin de constatar hasta qué punto se han seguido unas indicaciones determinadas o un tratamiento.

La evaluación y modificación de conducta tiene por objeto recabar información que permita definir los objetivos de cambio, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento indeseable o que propician la posible aparición de éste, seleccionar y aplicar los medios más útiles para producir los cambios deseados y evaluar los resultados alcanzados. Un correcto análisis de la conducta de adherencia supone conseguir una referencia válida y fiable de ésta, cuantificando su aparición y pudiendo determinar la posible relación con factores determinantes y/o facilitadores.

A fin de recabar los datos que permitan la realización de la evaluación se utilizan métodos, técnicas o instrumentos de recogida de información muy diversos; para agrupar los principales procedimientos utilizados en la evaluación de la adherencia vamos a seguir la distinción de Gordis (1976), Cone y Hawkins (1977) y Cone (1987) entre métodos directos y métodos indirectos, dependiendo de que la conducta pueda ser observada y registrada inmediatamente después de ocurrir (observación, autoobservación, evaluación bioquímica, etc.), o esté sujeta a un mayor grado de inferencia (entrevista, autoinforme, etcétera).

IV.1. *Procedimientos indirectos*

IV.1.1. Entrevista

La entrevista es el método de recogida de información más utilizado por profesionales muy diversos, no siendo una excepción los evaluadores conductuales (Silva, 1987); Norcross, Prochaska y Gallagher (1989) realizaron una encuesta a psicólogos clínicos donde se pone de manifiesto que la entrevista clínica era empleada por el 96% de los clínicos y que ocupaba el 39% del tiempo que dedicaban a la evaluación; a su vez, la entrevista es también la técnica empleada con más frecuencia para evaluar la adhesión terapéutica.

La entrevista, como instrumento válido de obtener información, ha sido ampliamente cuestionada en la evaluación psicológica y médica; sin embargo, es sin duda el principal y más extendido instrumento de valoración. Así, en la propia perspectiva conductual, tras un período en el cual apenas si se habla de su uso,

Una de las principales fuentes de error de los autoinformes proviene del deseo del paciente de ser visto positivamente por el terapeuta, realizando una sobreestimación del nivel de adhesión al tratamiento prescrito o a las tareas encomendadas para realizar en casa. Epstein y Cluss (1982) con el fin de verificar la información recogida a través de autoinformes, utilizan un procedimiento (técnica de marcador) que consiste en incluir un marcador falso o inactivo en el paquete de tratamiento, empleando para ello tiras falsas de evaluación de la hemoglobina para medir los niveles de glucosa, pastillas de *Clinitest* (placebo) para el análisis de orina, inclusión de pastillas de sabores distintos, agentes decolorantes de la orina en la medicación, etc.; al paciente se le pide que registre la frecuencia con que, por ejemplo, las tiras de hemoglobina o las pastillas *Clinitest* producen el resultado designado, o que registre e informe sobre cuándo se toma las pastillas con sus diferentes sabores y, en el caso de la orina, cuándo tiene lugar la decoloración; habida cuenta que sólo el médico conoce la secuencia real establecida, el número y patrón de respuestas correctas que nos ofrece el paciente se toma como indicador de la conducta de adhesión del sujeto.

Otras formas de controlar la conducta real de adhesión basándose en medidas ocultas, ha sido la utilización de un sistema microelectrónico en la grabadora empleada para el aprendizaje y práctica de la relajación que medía el tiempo que había sido utilizada la cinta (Taylor, Agras, Schneider y Allen, 1983; Hoelscher, Lichstein y Rosenthal, 1986); en ambos casos se informa de porcentajes muy elevados de sobreestimación de los autoinformes.

IV. 1.2. Estimación del terapeuta en función de los resultados obtenidos

Generalmente el procedimiento utilizado para comprobar si el paciente cumple con las prescripciones médicas es una simple estimación subjetiva por parte del terapeuta. Esta medida indirecta es, pese a su manifiesta inadecuación en la mayoría de los casos, la única realizada. Esta estimación se efectúa teniendo en cuenta los resultados terapéuticos. Se evalúa de forma indirecta la adhesión al tratamiento al considerar que la desaparición o mantenimiento de los síntomas indican el cumplimiento o no del tratamiento prescrito.

Se infiere la conducta de adherencia observando cambios en el sujeto, así deducimos que cumple las prescripciones o las incumple en función de la evolución del problema. Sin embargo, es importante considerar que en algunos estudios de investigación se ha comprobado que un seguimiento inferior al 100% era adecuado para producir los efectos de salud deseados; así, Luscher, Vetter, Siegenthaler y Vetter (1985) encuentran que una adhesión del 80% al régimen de medicación en una muestra de pacientes hipertensos, daba como resultado una normalización de la presión sanguínea, mientras que una tasa de adhesión del 50% o menos resultaba ineficaz. Olson, Zimmerman y Reyes de la Rocha (1985) obtienen una tasa similar del 80% como suficiente para la consecución de los objetivos terapéuticos en niños diagnosticados con faringitis estreptococial.

adherencia al tratamiento prescrito. Su inclusión como métodos directos o indirectos dependerá en última instancia de la mayor o menor sistematización en la recogida de información. Hablaríamos de observación sistemática por terceros cuando hay una definición operacional previa de la conducta a observar, un muestreo de las situaciones y del tiempo a observar y más de un observador debidamente entrenados; por contra, y es lo más frecuente, esta observación por terceros es realizada por familiares o allegados y está basada en observaciones intermitentes e informales, aportando datos poco fiables y en general sobreestimados; así, Gordis, Markowitz y Lilienfield (1969) encontraron que mientras los informes de los padres indicaban que entre el 69-72% de los niños se había aplicado la penicilina de acuerdo con las prescripciones dadas, por contra, los análisis de orina sólo señalaban que el cumplimiento había oscilado entre un 33-42%.

En general, esta estrategia se ha mostrado especialmente útil en la evaluación psicológica de determinados problemas que presentan pacientes que no perciben la necesidad de pedir ayuda y, en consecuencia, ésta es solicitada por los familiares o allegados (niños, deficientes mentales, etc.). A su vez, y esto es muy pertinente al tema que nos ocupa, un evaluador puede acudir a este procedimiento como una forma más de obtener una validación transversal de los datos obtenidos por otros medios.

b. *La autoobservación o autorregistro*

Siendo la observación directa de la conducta el método más recomendable y representativo de la evaluación conductual, en ocasiones su utilización es inviable o poco práctica, básicamente por cuestiones de costo o por la naturaleza de las conductas a observar (por su carácter privado o encubierto). En estos casos, el evaluador puede optar por entrenar al sujeto a realizar por sí mismo una observación rigurosa de su propia conducta. Así, la autoobservación es un método basado en la observación que hace el sujeto de su propio comportamiento.

La observación sistemática de la conducta de adherencia puede ser realizada por el propio sujeto. El autorregistro es una estrategia de gran flexibilidad en evaluación conductual, en la que se solicita al sujeto que registre la ocurrencia de determinadas conductas. Ciminero, Nelson y Lipinski (1976) indican que la autoobservación es una actividad que implica, junto a la observación de la propia conducta, su anotación en un registro, el posterior traslado de lo anotado en el registro a un gráfico que ofrezca información visual, y el análisis e interpretación de lo anotado. Como en la observación, es importante la delimitación previa de la conducta a observar, la selección de los procedimientos adecuados de registro, y el entrenamiento previo del sujeto que será quien se observe.

Dicho registro se lleva a cabo realizando algún tipo de señal cada vez que se produce la conducta en cuestión, además se puede solicitar al sujeto que anote la ocurrencia de ciertas circunstancias concomitantes (antecedentes y consecuentes externos e internos) que puedan resultar informativos; de este modo, a través

del autorregistro se obtiene una información muy específica de la conducta, así como de las circunstancias en que se da. Pero de forma similar a la observación, se conocen ciertos efectos que pueden atentar contra la validez de las autoobservaciones, entre ellos, los errores de tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas, demandas, etc. Esto requiere en el caso de la evaluación de la adherencia al tratamiento el diseñar la recogida de información de forma imaginativa; así, Mayer y Frederiksen (1986) en una intervención en la que se enseñaba a mujeres a realizar autoexploraciones de mama, evaluaron la adhesión solicitando a éstas que colocaran inmediatamente después del autoexamen un pañuelo de papel sobre la mama con la finalidad de que éste absorbiese el exceso de grasa, este pañuelo de papel una vez se había firmado e indicado la fecha debía ser remitido por correo a los investigadores, lo que permitía conocer de forma bastante objetiva su grado de adhesión.

El autorregistro en la fase de evaluación presenta el inconveniente de la reactividad que provoca en la conducta observada. El hecho que deseamos evaluar se ve afectado de forma importante por el propio instrumento de evaluación (Avia, 1987). La reactividad puede modificar la frecuencia de aparición de una conducta determinada. Esto resta objetividad al autorregistro como método para determinar de un modo fiable y preciso la ocurrencia de una conducta tal y como se produce de forma natural; sin embargo, esta misma característica de la autoobservación puede ser utilizada como una sencilla pero importante estrategia para aumentar la adhesión. Los clínicos han utilizado la autoobservación, debido a su posible valor terapéutico, no sólo como factor motivacional instigador del cambio, sino también como componente activo en el tratamiento, a veces útil por sí mismo (Avia, 1987). Así, en un trabajo de Macià y Méndez (1986) se comprobó cómo la utilización de sencillas técnicas conductuales (métodos de instrucción, autorregistro y supervisión con refuerzo contingente), las cuales no suponen ningún esfuerzo adicional ni una preparación especial para su aplicación por el personal sanitario, conseguía elevar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas, confirmando los resultados la hipótesis referida a la toma de medicación.

IV.2.2. Recuento de tabletas o supervisión de envases prescritos

Se lleva un control sobre la medicación al conocer previamente el número de tabletas o pastillas de cada envase prescrito para un tiempo determinado, transcurrido el cual se recoge el envase y se recuenta el número de pastillas restantes; la cantidad devuelta es restada de la dosis recomendada para determinar el grado de adhesión, asumiéndose que la medicación que falta ha sido ingerida. Podría considerarse un procedimiento de autoobservación o autorregistro.

Cuando se ha intentado comprobar si todo lo que no se devolvía había sido consumido, los resultados no han sido muy alentadores; así, Roth, Caron y Hsi

(1970) sólo encontraron un correlación de 0,51 entre los datos obtenidos con esta técnica de recuento y una técnica de marcadores en suero en 105 pacientes con úlcera péptica.

En general, aun siendo un procedimiento más objetivo que los anteriores, también se observa una tendencia a sobreestimar la adhesión al tratamiento (Dunbar y Agras, 1980; Masur y Anderson, 1988). De forma extrema podemos considerar al paciente que desea producir una buena impresión al médico, pero que no desea los posibles efectos secundarios, o los comprobados efectos aversivos de una medicación, y que puede recurrir a extraer pastillas del envase y no consumirlas. En cualquier caso, y tal como afirman Labrador y Castro (1987), aunque es cierto que las pastillas u otra medicación que no están no tenemos garantías de que hubiesen sido administradas o consumidas por el sujeto y de la forma prescrita, sí sabemos por contra, con casi absoluta seguridad, que las que están en el frasco o envase no han sido administradas.

IV.2.3. Evaluación bioquímica

Este procedimiento hace referencia a analíticas dirigidas a detectar la presencia, fundamentalmente en la orina o en la sangre, tanto del agente terapéutico mismo, como de algún marcador situado en dicho medicamento, o de sus productos metabólicos (Dunbar y Agras, 1980).

Los rastreadores químicos incorporados en la medicación no son identificables por el paciente pero son fácilmente detectados en un examen de orina o de sangre; algunos de los marcadores más utilizados son el fenol rojo, riboflabina, bromuro sódico, esteroides, etc. Epstein y Cluss (1982) describen estos procedimientos de evaluación como directos, considerándolos con sus limitaciones (elevado costo, imposibilidad de realizarlo con todos los medicamentos, etc.) como las pruebas más fiables y especialmente válidas en la evaluación de la adherencia en algunas enfermedades. Como afirman Meichenbaum y Turk (1987), los marcadores bioquímicos son útiles para indicar la adhesión al estar menos sujetos a sesgos que otros métodos de evaluación (autoinformes, recuento de envases, etcétera).

Entre las limitaciones más destacadas encontramos que estas pruebas en muchos casos nos informan de si el paciente ha tomado o no la medicación, pero eso no quiere decir que se haya hecho de acuerdo con las prescripciones ni en las cantidades indicadas. Por otra parte, como hemos dicho, no todos los medicamentos pueden ser detectados con facilidad en suero u orina, complicándose su interpretación como índice de adhesión por la potencial diferencia farmacocinética entre las diferentes drogas y los distintos pacientes. Para Roth y cols. (1970), las características que debe tener un marcador ideal son: que sea completamente absorbido, que tenga una vida larga en el plasma, que no sea metabolizado, que sea farmacológicamente inerte y que sea excretado completamente.

V. CONCLUSIONES

A modo de conclusión podemos afirmar que en la actualidad no existe una técnica que sea claramente superior a las demás en el sentido de resolver todos los problemas de la evaluación, siendo necesario recurrir a la utilización de varios procedimientos o estrategias de forma simultánea (Dunbar y Agras, 1980), lo cual permite dar validez y fiabilidad a la información que aporta cada una por separado. Algunos estudios señalan que, por ejemplo, la precisión del autoinforme puede ser incrementada informando previamente al paciente que será sometido a mediciones farmacológicas para la verificación de su información (Eraker, Kirscht y Becker, 1984); como ya se ha comentado, la aplicación real de ambos procedimientos por separado puede mejorar la estimación que hagamos sobre la adhesión, habida cuenta de la dificultad de aplicar en todo momento las medidas bioquímicas.

Para Labrador y Castro (1987) aún no se ha encontrado un procedimiento que permita asegurar con precisión el nivel de adherencia al tratamiento, considerando estos autores que este problema no requiere para su solución una sofisticación mayor de los procedimientos de que se dispone en la actualidad, sino más bien el desarrollo de procedimientos alternativos.

Cuando comenzamos a disponer de procedimientos potentes y eficaces para resolver, e incluso prevenir, muchos problemas de salud, el que el paciente no siga las prescripciones del profesional supone echar por tierra grandes logros y esfuerzos científicos, ya que la cuestión de forma directa sería: ¿de qué sirven los tratamientos médicos o psicológicos si los pacientes no los siguen adecuadamente?, y en ese contexto general, de forma más concreta, conocer si el sujeto sigue adecuadamente las prescripciones; disponer de instrumentos de evaluación adecuados para el problema a resolver es en la actualidad un camino en el que escasamente se ha avanzado, pero quizá lleno de posibilidades. En la situación presente, cuyas características hemos pretendido describir, se exige al clínico una elevada dosis de creatividad en el diseño e investigación de nuevas y más completas estrategias de evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agras, W. S. (1985). *Panic. Facing fears, phobias, and anxiety*. Nueva York. W. H. Freeman and Company.

Avia, M. D. (1987). La auto-observación. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide.

Seltzer, A., Roncari, I. y Garfinkel, P. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry, 25*, 638-645.

Silva, F. (1987). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide.

Soler Insa, P. A. (1981). Abuso y dependencia de medicamentos. En F. Freixa y P. A. Soler Insa (Comps.) *Toxicomanías*. Barcelona. Fontanella.

Soutter, R. B. y Kennedy, M. C. (1974). Patient compliance in drug trials: dosage and methods. *Australian and New Zealand Journal of Medicine, 4*, 360-364.

Taylor, C. B., Agras, W. S., Schneider, J. A. y Allen, R. A. (1983). Adherence to instructions to practice relaxation exercises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 952-953.

Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud, 2*, 45-64.

Wilson, G. T. (1980). Cognitive factors in lifestyle change: a social learning perspective. En P. Davison y Davison (Comps.) *Behavioral medicine: changing health life styles*. Nueva York. Brunner/Mazel.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Dunbar, J. M. y Agras, W. S. (1980). Compliance with medical instructions. En J. M. Ferguson y C. B. Taylor (Comps.) *The comprehensive handbook of behavioral medicine. Vol. 3.* Lancaster MTP.

Labrador, F. J. y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 5*, 157-164.

Macià, D. y Méndez, F. X. (1986). Programa de intervención conductual para el cumplimiento de las prescripciones médicas. *Revista de Psicología General y Aplicada, 41*, 369-377.

Masur, F. T. y Anderson, H. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología, 20*, 103-126.

Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

4. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

OSCAR F. GONÇALVES, PAULO P. MACHADO, J. CARLOS SIERRA
y GUALBERTO BUELA-CASAL

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los psicoterapeutas, independientemente de su formación (psicología, psiquiatría, servicios sociales, etc.) y de su orientación teórica (psicodinámica, conductual, humanista, ecléctica, etc.), convive con un dilema epistemológico particularmente complejo. Por un lado, los diversos análisis y metanálisis realizados hasta el momento concluyen que la psicoterapia es una estrategia significativamente eficaz en la producción de cambios individuales (Smith, Glass y Miller, 1980; Shapiro y Shapiro, 1982; Robinson, Berman y Neimeyer, 1990). Por otro lado, la investigación acerca del proceso terapéutico muestra diferencias metodológicas consistentemente significativas entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas. Finalmente, a pesar de las diferencias metodológicas, parece que no existen resultados significativamente desiguales entre las distintas corrientes terapéuticas; es decir, procesos significativamente diferentes conducen a resultados idénticos. Tal como plantearon Luborsky, Singer y Luborsky (1975), recordando el conocido veredicto de Dodo en *Alicia en el país de las maravillas* «todos ganarán y todos merecen sus premios».

Nuestra ontología eminentemente hermenéutica y el deseo correlativo de comprender e interpretar la realidad hace que sean poco satisfactorias las aserciones referidas a la utilidad de nuestros métodos de intervención. De ahí que, en el transcurso de los últimos años, hayamos asistido a un esfuerzo por identificar los elementos, los factores y los componentes esenciales del proceso terapéutico como consecuencia de un refinamiento considerable de las metodologías de análisis de los procesos y resultados de la psicoterapia (Rice y Greenberg, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986; Safran, Greenberg y Rice, 1988).

Tal como señalaron recientemente Omer y London (1988), los psicoterapeutas, tal vez forzados por los resultados paradójicos de la investigación, asumieron progresivamente una actitud crítica con respecto a sus modelos de intervención. En la actualidad es fundamental que esta postura crítica sea dirigida hacia la rentabilización de las metodologías de intervención y que los terapeutas asuman, en la práctica, una actitud epistemológica de "investigadores/clínicos" ca-

Universidad do Minho (Portugal) y Universidad de Granada.

paz de contribuir a una mejor comprensión de los procesos de cambio y desarrollo humano.

Otra paradoja con la que se enfrentan los investigadores y los clínicos al referirse al proceso terapéutico es que, a pesar de que todos concuerdan con el hecho de estar ante un fenómeno complejo, las metodologías utilizadas en la investigación en psicoterapia no siempre reflejan una misma complejidad (Elliott y Anderson, en prensa).

En este capítulo se presentarán las metodologías de evaluación del proceso y de los resultados terapéuticos que permitan a los clínicos e investigadores un seguimiento sistemático de sus intervenciones, posibilitando simultáneamente la extrapolación de las generalizaciones para una conceptualización global del proceso terapéutico. Se presentarán dos grandes grupos de metodologías: las centradas en los resultados y las centradas en el proceso; en cada uno de ellos se describirán algunas de las características fundamentales, ilustrándolas con ejemplos. Esta clasificación está basada en la distinción, ya clásica, entre la investigación clínica centrada en los resultados y la centrada en los procesos terapéuticos. El investigador puede focalizar su atención en las acciones e interacciones del encuentro terapéutico (proceso) y relacionarlas con los resultados o bien puede centrarse en la eficacia relativa de diferentes tratamientos y en la contribución de cada uno de ellos a los resultados terapéuticos (resultado).

II. METODOLOGÍAS CENTRADAS EN LOS RESULTADOS

Según lo que hemos planteado anteriormente, la implementación de cualquier intervención, en el estado actual de evolución de nuestros conocimientos terapéuticos, exige éticamente un proceso sistemático de control y evaluación. En una primera fase, esta evaluación podrá ser más global, centrada en los resultados, dirigiéndose progresivamente hacia una mayor discriminación en términos de proceso.

Por lo que respecta a la evaluación centrada en los resultados, hay cuatro etapas fundamentales en la organización de un proyecto de investigación: estandarización del tratamiento, evaluación de los resultados globales, evaluación comparativa de los resultados y evaluación diferencial de la matriz terapéutica.

II.1. *Estandarización del tratamiento*

En la actualidad la psicoterapia es una práctica híbrida resultado de una compleja confluencia de algunos centenares de abordajes terapéuticos. Incluso cuando restringimos la evaluación a una corriente específica de intervención (terapia conductual, cognitiva, sistémica, etc.) fácilmente nos encontramos con una vasta complejidad de alternativas terapéuticas. Como consecuencia de esta compleji-

dad, la evaluación de cualquier proceso terapéutico solamente podrá ser factible si los objetivos y los métodos terapéuticos son claramente especificados a través de la estandarización del tratamiento, convirtiéndose ésta en un proceso de operacionalización y especificación de objetivos y métodos del proceso terapéutico.

Según Stiles y cols. (1986) se deben considerar tres aspectos en la estandarización del proceso terapéutico: a) organización de un manual terapéutico con una descripción detallada de las fases, objetivos y técnicas terapéuticas utilizadas, b) entrenamiento de los psicoterapeutas en la implementación del manual terapéutico, y c) seguimiento de la adhesión del terapeuta a los manuales.

Varios manuales terapéuticos han sido examinados en la evaluación de la eficacia global y comparativa del proceso terapéutico. Tal vez uno de los más conocidos y divulgados sea el protocolo cognitivo para el tratamiento de la depresión presentado por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Se trata de un protocolo de 15 a 20 sesiones dirigidas a aspectos cognitivos considerados centrales en la depresión. Para cada sesión, los autores presentan una detallada agenda especificando los principales procedimientos a utilizar intra e intersesiones.

Desde la publicación por parte de Beck y cols. (1979) del manual de terapia cognitiva de la depresión surgieron innumerables manuales que abarcan diversas orientaciones teóricas, como por ejemplo *Interpersonal psychotherapy of depression* [La psicoterapia interpersonal de la depresión] de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984), *Psychoterapy in a new key* [La terapia psicodinámica] de Strupp y Binder (1984) y *Focusal expressive psychotherapy* [La terapia experiencial focalizada] de Daldrup, Beutler, Engle y Greenberg (1988).

Un importante trabajo que consagró el uso de los manuales terapéuticos en la investigación en psicoterapia es el *Estudio de ayuda a la depresión* promovido por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (Elkin y cols., 1989). En este estudio, se comparó la terapia cognitiva, la interpersonal, la química (uso de imipramina) y un grupo placebo/control en una muestra homogénea de pacientes con depresión. Los terapeutas fueron entrenados cuidadosamente en uno de los manuales terapéuticos *(Terapia cognitiva y terapia interpersonal)*, posteriormente se hizo un seguimiento durante la terapia y, por último, fueron evaluados en términos de adhesión al respectivo modelo.

La estandarización de los procedimientos terapéuticos marca el inicio de un nuevo período de la investigación en psicoterapia (Luborsky y DeRubeis, 1984). Los procedimientos terapéuticos estandarizados permiten, a efectos de investigación, separar la orientación teórica y subjetiva del terapeuta de sus intervenciones terapéuticas.

II.2. *Evaluación de los resultados globales*

Existen dos aspectos esenciales en la evaluación global de los resultados terapéuticos: la selección de las variables dependientes más adecuadas y las comparaciones entre medidas de pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

cognitiva y somática, Cuestionario de ansiedad estado-rasgo y la Escala de evaluación de la depresión de Zung. Los pacientes fueron evaluados antes, en medio y al final del tratamiento. Entre los diversos efectos significativos que se encontraron destacan los cambios globales en los síntomas fóbicos y de ansiedad, en las sensaciones somáticas y en la ansiedad rasgo. Entre los aspectos a destacar de este estudio podemos enumerar la descripción suficientemente estandarizada del proceso de tratamiento, la utilización de diferentes medidas de los resultados terapéuticos y las comparaciones antes, durante y después del tratamiento; entre las limitaciones destacamos la ausencia de una evaluación de los resultados terapéuticos realizada por el terapeuta o jueces externos y la ausencia (al menos en el momento de la publicación del estudio) de los resultados del seguimiento.

Aunque la evaluación de los resultados globales nos permite entrever una determinada tendencia en la eficacia de un programa terapéutico, no debe servir en ningún modo de conclusión definitiva en la determinación de la causalidad de esa eficacia. Para ello es necesario pasar a la siguiente fase de evaluación comparativa de resultados.

II.3. *Evaluación comparativa de los resultados*

Uno de los pasos fundamentales en la evaluación de cualquier programa terapéutico es el del análisis comparativo de sus resultados. Para poder esclarecer la eficacia diferencial de un determinado proceso terapéutico es absolutamente imprescindible realizar una comparación entre varias estrategias de tratamiento y entre éstas y la ausencia de tratamiento. En esta evaluación comparativa se debe tener en cuenta una serie de aspectos: estandarización de los diferentes tratamientos en estudio, organización de controles no tratados, especificación de las medidas terapéuticas para cada uno de los tratamientos en estudio, diferentes perspectivas del análisis de resultados (pacientes, terapeutas, observadores externos, etc.), realización de medidas de pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Debemos destacar que no siempre es posible cumplir con todos estos requisitos; por ejemplo, condicionamientos institucionales o razones de carácter ético pueden imposibilitar la utilización de grupos de control no tratados. Una alternativa a los grupos de control no tratados que se suele utilizar frecuentemente consiste en comparar la estrategia a estudiar con un tratamiento de reconocida eficacia. Por ejemplo, la eficacia de un nuevo tratamiento para la depresión puede ser evaluada por contraste con la terapia cognitiva de la depresión (Beck y cols., 1979). Esta estrategia nos permite valorar la eficacia relativa del nuevo tratamiento evitando las cuestiones éticas o institucionales asociadas a los grupos de control no tratados.

Tal como sucedía con la evaluación de los resultados globales, en este caso también es necesario especificar los diferentes tratamientos en estudio a través de la descripción detallada de los respectivos componentes terapéuticos. En segundo lugar, es imprescindible realizar estudios comparativos con grupos de

control (no tratados) o de contraste (metodologías alternativas de reconocida eficacia). Además, para asegurar la validez de las comparaciones es necesario que los sujetos sean distribuidos aleatoriamente en cada uno de los grupos de estudio. En tercer lugar, dado que los diferentes procedimientos terapéuticos favorecen distintos resultados, las variables dependientes seleccionadas deben contemplar necesariamente las diferentes dimensiones enfatizadas en cada una de las perspectivas de estudio. Por último, tal como se afirmó anteriormente, se deberán realizar medidas de pretratamiento, postratamiento y de seguimiento.

Un ejemplo de un estudio de evaluación de la eficacia comparativa es la investigación de Emmelkamp, Visser y Hoekstra (1988). Estos autores intentan evaluar los efectos comparativos de la terapia racional-emotiva y de la exposición en vivo en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. Una muestra de veinte pacientes fue distribuida de forma aleatoria en dos tratamientos: exposiciones autocontroladas en vivo y terapia racional-emotiva. Para cada tratamiento se realizaron diez sesiones siguiendo manuales detallados. La grabación de todas las sesiones permitía verificar el grado de adhesión del terapeuta al respectivo manual. Se realizaron medidas de los problemas obsesivo-compulsivos, medidas cognitivas y medidas de la generalización de los resultados. Los sujetos fueron evaluados antes, después del tratamiento y en dos momentos del seguimiento (al mes y a los seis meses del término del tratamiento). En la mayoría de las medidas, se encontraron diferencias significativas entre el pretest y el postest en ambos tratamientos. Estos resultados se mantuvieron estables en las dos evaluaciones de seguimiento. No se encontraron efectos diferenciales significativos entre los dos tratamientos estudiados.

Entre los diversos aspectos positivos de estudio en cuanto ejemplo de evaluación comparativa resaltamos la existencia de un tratamiento estandarizado y la verificación del grado de adhesión de cada terapeuta a los respectivos manuales, la especificación de las medidas terapéuticas capaces de detectar las dimensiones características de cada tratamiento y la realización de medidas de evaluación pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Como principales limitaciones cabe destacar la ausencia de un grupo control no tratado y de evaluaciones de los resultados terapéuticos por parte del terapeuta o por observadores externos.

II.4. *Evaluación diferencial de la matriz terapéutica*

La evaluación comparativa de los resultados nos permite dar respuesta a algunas cuestiones relativas a la eficacia diferencial de los resultados de diversos enfoques terapéuticos y, correlativamente, extrapolar relaciones de causalidad. Sin embargo, estas metodologías no nos permiten esclarecer los factores interactivos entre tratamiento, tipo de problema y características del terapeuta y del paciente.

En la actualidad la mayoría de los terapeutas e investigadores reconocen que

la psicoterapia es un fenómeno complejo resultante de la interacción recíproca del tratamiento, características personales del terapeuta, características del paciente, tipos de problemas y contexto del proceso terapéutico. Ya es clásica la formulación de Paul (1967) de que la evaluación terapéutica debe responder a qué tratamiento realizado por qué terapeuta es más eficaz para este paciente con este problema en estas circunstancias.

La evaluación diferencial de la matriz terapéutica intenta responder a esta cuestión planteada por Paul a través del análisis del efecto de la interacción entre las diferentes variables que están presentes en el proceso terapéutico. Idealmente, en una evaluación diferencial de la matriz terapéutica se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: definición y operacionalización de varios tratamientos (por ejemplo, estandarización de varios tratamientos y constitución de grupos de control), definición de varias características del terapeuta (experiencia profesional, edad, sexo, personalidad, estilos cognitivos, variables de poder de influencia, etc.), definición de variables que caracterizan al paciente (edad, sexo, personalidad, nivel de desarrollo, estilos cognitivos, etc.), definición del tipo de problema (trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, etc.), definición de los contextos de tratamiento (individual, en grupo, en contextos educacionales, en contextos de salud, ambulatorio, etc.), y definición de la evaluación de los resultados (multidimensionales, antes y después del tratamiento y evaluados desde diferentes perspectivas).

Como se puede apreciar, por medio de la diferenciación de factores potencialmente influyentes en el proceso terapéutico se intenta esclarecer no sólo la contribución individual de cada una de estas variables al resultado terapéutico, sino el efecto de las interacciones entre las diferentes variables presentes. Desgraciadamente, la compleja red de interacciones hace prohibitiva la realización de estudios de evaluación diferencial de la matriz terapéutica, optando, en la mayoría de los casos, por esclarecer algunas de las interacciones consideradas hipotéticamente como más significativas. Así por ejemplo, en el estudio de Elkin y cols. (1989), que evalúa el efecto de varias psicoterapias en el tratamiento de la depresión, se configuraron doce tipos de evaluación originados por el estudio de la interacción entre tres grupos de variables: cuatro tratamientos (cognitivo, interpersonal, farmacológico y placebo/control) por una categoría de problema (depresión unipolar) por tres centros regionales. En un estudio como éste, sin tener en cuenta las variables del terapeuta y del paciente, e hipotetizando una distribución de veinte pacientes por grupo, necesitaríamos una muestra de 240 sujetos.

Ante tal complejidad, algunos autores sugieren reducir el gran número de variables potencialmente responsables de interacción con el tratamiento a dimensiones teóricamente definidas que permitan una evaluación más comprensiva de la complejidad del proceso terapéutico (Beutler, 1991). Por ejemplo, en un estudio de Beutler y cols. (1991*a*) se comparan tres abordajes terapéuticos (terapia cognitiva, terapia experiencial y terapia de apoyo autoadministrada) en tres grupos de pacientes con depresión con características diferentes en el estilo

de confrontación y reactividad, que potencialmente interactúan con los tipos de tratamiento estudiados. Los tratamientos fueron seleccionados en función de dos dimensiones: foco terapéutico (*insight* frente a cambio conductual) y responsabilidad de administración (dirigida por el terapeuta frente a autoadministración). Se hipotetiza que estas dimensiones de los procedimientos terapéuticos interactúan con dos características de los pacientes: estrategia de confrontación (externa-interna) y grado de reactividad (bajo-alto). Los pacientes fueron distribuidos de forma aleatoria en los tres grupos de tratamiento. Los terapeutas fueron entrenados en los procedimientos específicos de cada uno de los manuales y evaluado su grado de adhesión al mismo. Las variables dependientes hacían referencia a medidas de los síntomas generales y específicos de la depresión, mediante autoinformes y evaluación externa. De forma global, todos los grupos mejoraron significativamente. La observación de los patrones de interacción tratamiento × paciente reveló una eficacia diferencial de los tratamientos. Así, pacientes caracterizados por un estilo de confrontación externo mostraron mejores ganancias terapéuticas en el grupo de terapia cognitiva, cuyo foco terapéutico se centraba en la modificación comportamental. Por otro lado, los pacientes con tendencia a internalizar se beneficiaron más de la terapia experiencial focalizada en conflictos e *insight*. De igual modo, los pacientes con un alto nivel de reactividad evidenciaron unas mayores ganancias terapéuticas en el grupo de terapia de apoyo autoadministrada que en los grupos en los que las actividades eran controladas en gran medida por el terapeuta, como en el caso de las terapias cognitivas y experienciales. Estos resultados se verificaron no solamente durante el período de tratamiento (comparación de las medidas pre y postratamiento), sino también durante el seguimiento al año de finalizar el tratamiento (Machado, Beutler y Engle, 1991).

Entre los aspectos destacables del estudio llaman la atención los siguientes: varios grupos de tratamiento estandarizados, comparación de pacientes en cuanto al grado de reactividad terapéutica y estilo de confrontación y distribución aleatoria de los sujetos en los diferentes grupos de tratamiento y las medidas multidimensionales de los resultados terapéuticos antes, durante y después del tratamiento; entre las limitaciones cabe señalar la ausencia de grupo control y la ausencia de comparación entre diferentes características del terapeuta.

En resumen, la evaluación centrada en los resultados debe ir dirigida hacia una discriminación progresiva de los factores responsables del éxito o eficacia terapéutica. Además de la especificación detallada del tratamiento que se pretende evaluar (manualización o estandarización) se debe realizar inicialmente una evaluación global de su eficacia (evaluación de los resultados globales), pasando a continuación a la comparación de sus efectos con los de otras estrategias (evaluación comparativa de los resultados), para terminar con un análisis más detallado de la interacción entre los diferentes factores o variables presentes (evaluación diferencial de la matriz terapéutica).

En cuanto a los principales modelos estadísticos subyacentes a cada una de estas etapas de evaluación de los resultados terapéuticos, cabe resaltar que los

más utilizados son los de análisis univariados que identifican únicamente la dirección y la significación del cambio (Kirk, 1982). Las evaluaciones comparativas de los resultados, dada la naturaleza múltiple de las variables independientes y dependientes exige recurrir a modelos multivariados (MANOVA) capaces de mostrar la significación de la interacción entre los momentos de la evaluación (pretest y postest) y el tratamiento para diferentes medidas del proceso terapéutico (Haase y Ellis, 1987). Por último, para la evaluación diferencial de la matriz terapéutica se recomienda el uso del análisis de regresión múltiple, el cual permite la predicción de la contribución individualizada o global de una o varias características de la terapia (terapia, terapeuta, paciente, problema, contexto, etc.) a los resultados terapéuticos (Wampold y Freund, 1987). Como respuesta a la creciente complejidad en la investigación de los resultados terapéuticos han surgido en los últimos años nuevas metodologías de análisis de resultados. Por ejemplo, Snow (1991) propone una adaptación de los modelos de interacción tratamiento × actitud en la investigación de las interacciones entre características personales de los pacientes o terapeutas y los resultados terapéuticos.

III. METODOLOGÍAS CENTRADAS EN EL PROCESO

Los procedimientos de evaluación de los resultados terapéuticos descritos anteriormente nos permiten diferenciar los resultados en función de las técnicas, terapeutas, contextos, poblaciones, problemas, etc., posibilitando una mayor generalización, predicción y control del fenómeno terapéutico. No obstante, tal como subrayan Safran y cols. (1988), las evaluaciones extensivas de los resultados terapéuticos presentan numerosos inconvenientes. En primer lugar, cualquier clínico sabe que los resultados medios obtenidos a través del análisis de un grupo de sujetos no aseguran en absoluto la eficacia de una determinada terapia en un determinado paciente; es decir, por más que se diferencien los pacientes en la evaluación de los resultados en términos demográficos, de personalidad, cognitivos o de desarrollo, el contexto biopsicosocial de su evolución hace de cada interlocutor un sujeto incuestionablemente único. En segundo lugar, toda psicoterapia, aun cuando esté estandarizada, no constituye un procedimiento uniforme, por lo que el proceso de organización en medidas de tendencia central de los resultados dificulta el esclarecimiento sobre los subcomponentes de cambio. Las macroestrategias terapéuticas constituyen un variado conjunto de microestrategias más o menos explícitas que es necesario operacionalizar y evaluar. El mito de la uniformidad del proceso terapéutico limita la comprensión del proceso de cambio y transformación en psicoterapia.

Tal como afirmó Greenberg (1991) en el discurso presidencial de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia, la investigación clínica tomó inicialmente una posición defensiva intentando demostrar su eficacia en vez de preocuparse

por descubrir los mecanismos de su eficacia. Al contrario de lo que sucede en otras ciencias, el descubrimiento no precede a la comprobación.

La investigación intensiva y sistemática del proceso terapéutico pretende esclarecer, mediante un análisis discriminativo del proceso, los factores responsables del cambio, resaltando de este modo la explicación y comprensión del fenómeno terapéutico.

Tal como se hizo para la descripción de las metodologías centradas en los resultados, se aludirá a varios momentos de evaluación de un proceso terapéutico que permitan realizar una evaluación de la eficacia global y diferencial con una comprensión y explicación del fenómeno de transformación y cambio en psicoterapia. Estos momentos se corresponden con metodologías elaboradas progresivamente en la historia de la investigación del proceso terapéutico: evaluación de la relación entre proceso y resultados, evaluación secuencial de las respuestas terapéuticas, evaluación de los procesos de construcción fenomenológica y evaluación de las tareas terapéuticas.

III.1. *Evaluación de la relación entre proceso y resultados*

La identificación inicial de los componentes fundamentales de cambio terapéutico pasa por un estudio sistemático de la relación entre proceso y resultados. Tal vez corresponda a Rogers (1957) el mérito de haber sido el gran impulsor de la investigación sistemática del proceso al hipotetizar las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico, independientemente de las terapias y los contextos de su aplicación. Durante décadas, los terapeutas se dedicaron a estudiar la relación entre condiciones y actitudes facilitadoras (congruencia, empatía, etc.) y resultados terapéuticos (Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971; Mitchell, Bozarth y Krauft, 1977; Parloff, Waskow y Wolfe, 1978; Patterson, 1984).

En un programa de evaluación sistemática de la relación entre procesos y resultados se deben tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, es necesario identificar y operacionalizar las variables del terapeuta de forma que puedan ser asociadas a diferentes abordajes terapéuticos. En segundo lugar, y de un mismo modo, se debe identificar, operacionalizar y cuantificar variables transteóricas del paciente. En tercer lugar, es imprescindible que las variables del proceso, tanto del terapeuta como del paciente, sean evaluadas desde diferentes puntos de vista (paciente, terapeuta y observadores externos).

Un ejemplo típico de un programa de evaluación de la relación entre procesos y resultados es el *Vanderbilt Psychotherapy Project* iniciado en 1975 (Gomes-Schwartz, 1978; Strupp y Hadley, 1979; Suh, Strupp y O'Malley, 1986; Suh, O'Malley, Strupp y Johnson, 1989). Proponiéndose como objetivo central la evaluación sistemática de la relación entre determinadas variables del proceso y la eficacia de la psicoterapia, el equipo de *Vanderbilt Psychotherapy Project* desarrolló una escala del proceso terapéutico, la *Vanderbilt psychotherapy process*

cionalizar sistemas de respuestas verbales y no verbales del terapeuta y del paciente con el fin de posibilitar un análisis más detallado del proceso terapéutico (Strupp, 1957; Hill, 1978; Ivey y Authier, 1978). Los investigadores se preocupan de caracterizar este proceso en términos de la frecuencia de respuestas verbales y no verbales de los pacientes y de los terapeutas (Highlen y Hill, 1984). No obstante, recientemente, los investigadores tratan de completar la visión descriptiva del proceso terapéutico con una perspectiva explicativa, teniendo como base el análisis de las relaciones secuenciales entre las respuestas del terapeuta y las del paciente (Lichtenberg y Heck, 1986). El análisis secuencial se usa para identificar en qué medida un determinado comportamiento emitido por un miembro del sistema de interacción es seguido por otro comportamiento, más (o menos) frecuentemente de lo que cabría esperar del azar (Wampold y Kim, 1989).

La investigación secuencial de las respuestas terapéuticas deberá tener en cuenta cuatro aspectos importantes: definición, operacionalización y medida de los sistemas transteóricos de las respuestas del terapeuta; definición, operacionalización y medida de los sistemas transteóricos de las respuestas del paciente; análisis en cada sesión de secuencias de respuestas unidireccionales y bidireccionales de orden proximal y distal; y, finalmente, un estudio de la relación entre patrones secuenciales y resultados terapéuticos.

Hill, Carter y O'Farrell (1983) presentan uno de los primeros ejemplos del análisis secuencial de las respuestas terapéuticas en el estudio intensivo de un caso clínico de terapia breve. Teniendo en cuenta la evaluación de los efectos proximales de las respuestas del terapeuta en el paciente, Hill y cols. (1983) procedieron a un análisis secuencial de doce sesiones terapéuticas, utilizando el *Hill counselor and client verbal response category sistem* [Sistema de categorías de respuestas verbales terapeuta-paciente de Hill], el cual incluye 14 categorías de respuesta del terapeuta (cuestiones abiertas, reflexiones, interpretaciones, etc.) y 9 categorías de respuesta del paciente (peticiones, descripciones, etcétera). Únicamente se analizaron las dos primeras unidades de respuesta del paciente que seguían a la respuesta del terapeuta. En general, los resultados muestran que los pacientes responden más con descripciones después de preguntas cerradas y menos después de orientaciones directas o interpretaciones. Este estudio presenta varios aspectos relevantes, tales como el hecho de que los comportamientos del terapeuta y el paciente son operacionalizados y medidos, y que se establecieron relaciones secuenciales entre comportamientos del terapeuta y del paciente. Por lo que respecta a sus insuficiencias metodológicas, cabe destacar las siguientes: no se establecieron patrones secuenciales para cada sesión terapéutica, las medidas de análisis secuencial se separaron de cualquier evaluación de los resultados, y únicamente se examinaron secuencias unidireccionales (por ejemplo, terapeuta-paciente) y proximales o de primer orden (por ejemplo, las dos primeras unidades de respuesta inmediata del paciente) (Lichtenberg y Heck, 1983; Wampold y Kim, 1989).

III.3. *Evaluación de los procesos de mediación cognitiva*

El proceso terapéutico es mucho más complejo de lo que a simple vista supone la secuencia de respuestas terapéuticas. Además de la dimensión comportamental que está presente en todo proceso terapéutico, hay toda una serie de acontecimientos privados que incluye las variables cognitivas y encubiertas que es necesario decodificar (Gonçalves, Ivey y Langdell, 1988).

La revolución cognitiva repercutió en la investigación del proceso por medio de la identificación de las variables encubiertas del mismo, tales como las estrategias de conceptualización (Strohmer y Chiodo, 1984), percepciones (Elliott, Barker, Caskey y Pistrang, 1982), intenciones (Hill y O'Grady, 1985) y procesos inconscientes (Gonçalves e Ivey, 1987).

Entre los diversos programas de investigación desarrollados en este campo es destacable el proyecto desarrollado en la Universidad de Western Ontario (Martin, 1984, 1985, 1989; Martin, Martin, Meyer y Slemon, 1986; Martin, Martin y Slemon, 1987; Martin y Stelmaczonek, 1988; Martin, Paivio y Labadie, 1989). En este proyecto se diseña un paradigma de evaluación cognitiva, según el cual no existe una direccionalidad lineal entre las respuestas del terapeuta y las del paciente. Las acciones del terapeuta son procesadas por las estructuras cognitivas del paciente y viceversa. Así, en el análisis de la intervención cognitiva del proceso terapéutico se deben tener en cuenta varios aspectos. Es necesario realizar medidas transteóricas del procesamiento cognitivo, de las percepciones, de las intenciones y de las respuetas, tanto del terapeuta como del paciente; asimismo, se deben recoger medidas multidimensionales de los resultados desde diferentes puntos de vista (paciente, terapeuta y observadores externos).

En los últimos años se han desarrollado instrumentos tales como la *List of intentions* [Lista de intenciones] (Hill y O'Grady, 1985) y la *Therapeutic information processing scale* [Escala de procesamiento de información terapéutica] (Martin y cols., 1989). Estos instrumentos, actualmente aún en fase de estudio y perfeccionamiento, constituyen todavía herramientas fundamentales para las variables cognitivas del proceso terapéutico.

En uno de los primeros estudios realizados para analizar las variables cognitivas del terapeuta y del paciente en el proceso terapéutico, Martin y cols. (1986) diseñaron un estudio intensivo de diez díadas terapéuticas. En tres momentos diferentes del proceso terapéutico se recogieron los siguientes datos: respuestas del terapeuta, respuestas del paciente, intenciones del terapeuta, percepciones del paciente acerca de las respuestas del terapeuta, procesamiento cognitivo del paciente y medidas de evaluación de la eficacia por parte del terapeuta y del paciente.

Esta investigación intenta, por un lado, evaluar el grado de consistencia entre comportamientos y cogniciones del terapeuta y del paciente y, por otro, verificar la influencia de esta consistencia en la eficacia terapéutica. Los resultados mostraron, en primer lugar, la presencia de una menor consistencia de las cogniciones interpersonales (por ejemplo, interacciones del terapeuta-procesamiento

cognitivo del paciente) que de los comportamientos interpersonales (por ejemplo, procesamiento cognitivo del paciente-comportamiento del paciente). En segundo lugar, la evaluación de la eficacia de la terapia está relacionada con el grado de consistencia entre los diferentes elementos de la cadena.

Los aspectos positivos que se pueden destacar de este estudio son la operacionalización y medida de las respuestas del terapeuta y del paciente, de las intenciones del terapeuta, de las percepciones y del procesamiento cognitivo del paciente, y la evaluación de los resultados desde diferentes puntos de vista. Sin embargo, algunos aspectos no han sido considerados, tales como las medidas de las percepciones y del procesamiento cognitivo del terapeuta, y de las intenciones de los pacientes. Algunos de los estudios más recientes sobre este programa de investigación han mejorado algunas de estas deficiencias (Martin y cols., 1989).

III.4. *Evaluación de los procesos de construcción fenomenológica*

Terapeuta y paciente no son ni elementos pasivos, ni únicamente transformadores del significado de los estímulos de la relación terapéutica. Recientes perspectivas constructivistas de la conceptualización del proceso terapéutico defienden que todo el conocimiento implica un proceso de participación proactiva de los individuos (Guidano, 1987; Mahoney, 1988; Gonçalves y Machado, 1989; Joyce-Moniz, 1989). De esta forma, cada uno de los interlocutores aporta a la psicoterapia la singularidad de sus procesos de construcción de conocimiento, por medio de los que crea una realidad subjetiva de construcción fenomenológica. De ahí que, tal vez más importante que explorar la realidad del proceso terapéutico, sea el estudio de esa subrealidad de construcciones fenomenológicas del paciente y del terapeuta.

En la Universidad de Ontario se desarrolló un programa de investigación sistemática sobre los procesos de construcción fenomenológica en psicoterapia (Rennie, 1984, 1985, 1989; Angus y Rennie, 1988, 1989). En este proyecto se intentan explorar las construcciones de significados que terapeutas y pacientes hacen a partir del análisis de sus propias experiencias terapéuticas. Siguiendo un proceso de recuerdo interpersonal (Elliott, 1986), se solicita a los sujetos que, al oír la grabación de momentos significativos de la terapia, recuerden los pensamientos, imágenes y sentimientos experimentados. El contenido de estos recuerdos es dividido en unidades de significado (por ejemplo, unidades del discurso que vinculan un concepto), que serán sucesivamente categorizadas hasta el desarrollo de una estructura teórica de significados en un procedimiento de análisis cualitativo designado por el análisis de la teoría de campo (Rennie, Phillips y Quartaro, 1988).

De los datos publicados hasta el momento hay dos aspectos dignos de mencionar. Primero, se verifica que terapeuta y paciente actúan, en el contexto de la terapia, en más de un nivel de conciencia y que algunos de estos niveles no se

comunican al interlocutor. En segundo lugar, la categoría central encontrada en estas investigaciones es lo que los autores denominan "agencia individual", esto es, cada uno de los participantes en el proceso terapéutico tiene un papel activo y de autoorganización en presencia de las respuestas de los interlocutores.

De este importante conjunto de conclusiones surgen algunas recomendaciones para la evaluación del proceso de construcción fenomenológica: identificación y selección de varios momentos considerados como significativos por el terapeuta y el paciente, proceso de recuerdo interpersonal de esos momentos en los que se solicita de forma separada para cada uno de los interlocutores que describan lo que imaginaban, pensaban o sentían en cada uno de esos momentos, división de los recuerdos del terapeuta y paciente en unidades de significado y posterior construcción de significado por medio del análisis de la teoría de campo y, finalmente, análisis multidimensional y desde varios puntos de vista de los resultados terapéuticos.

Un ejemplo de una investigación ilustrativa de la evaluación de los procesos de construcción fenomenológica aparece en el estudio de Angus y Rennie (1989). Estos autores realizan un análisis intensivo de las construcciones de los significados del terapeuta y del paciente en secuencias metafóricas ocurridas a lo largo del proceso. Después de identificar once de estas secuencias, se realizaron entrevistas separadas a cada uno de los interlocutores en las que debían recordar las imágenes, pensamientos y sentimientos experimentados en cada uno de los momentos seleccionados. Las transcripciones de los recuerdos de los sujetos, después de dividirlas en unidades de significado, se organizaron en categorías unificadoras de significado por medio del análisis de la teoría de campo. En general, los resultados apuntan que las metáforas aparecen como redes asociativas de significación haciendo referencia a aspectos de la identidad personal y de los patrones de relación de diálogo de los sujetos.

Esta investigación ilustra algunas de las características importantes de la evaluación de los procesos de construcción fenomenológica: selección de instancias significativas del proceso terapéutico; conducción de un proceso de recuerdo personal, separado para cada uno de los interlocutores; división de las transcripciones de los recuerdos de los sujetos en unidades de significado y su análisis por medio del análisis de la teoría de campo. No obstante, este trabajo presenta tres insuficiencias metodológicas importantes: únicamente se examinó una sesión terapéutica, no se relacionaron las evaluaciones del proceso con cualquier medida de los resultados y no se contrastaron las significaciones del terapeuta con las del paciente (esta última deficiencia se solventa en el estudio de Angus y Rennie [1988]).

III.5. *Evaluación de las tareas terapéuticas*

Newell y Simon (1972) defienden de modo contundente que los modelos de los procesos humanos de solución de problemas deben tener como base un estudio

intensivo de las estrategias utilizadas por los individuos en tareas específicas. Esta estrategia, designada como análisis o evaluación de tareas, consiste en la definición de un espacio problemático (listado hipotético de alternativas de solución de problemas).

El proceso terapéutico es por excelencia un contexto de solución de problemas. A pesar de la naturaleza más ambigua, afectiva y personal de las tareas de solución de problemas frecuentemente estudiadas en los dominios de las ciencias cognitivas, los modelos de evaluación de tareas pueden utilizarse, con las necesarias adaptaciones, para la comprensión del proceso terapéutico. Estas metodologías nos permiten modelar la realización de las actividades de procesamiento de información de individuos en situaciones específicas (Safran y cols., 1988), y así hipotetizar y evaluar modelos de transformación terapéutica. En general, en la evaluación de tareas se distinguen tres momentos: selección de una tarea específica, elaboración de un modelo de cambio, y perfeccionamiento y evaluación de este modelo.

En el transcurso de los últimos años, varios autores se dedicaron a la adaptación de estas metodologías de análisis de tareas, teniendo en cuenta su utilización en el proceso terapéutico, de cara a evaluar modelos moleculares de cambio con potencialidades heurísticas de explicación y predicción (Greenberg, 1980, 1983; Rice y Greenberg, 1984; Safran y cols., 1988; Wiseman y Rice, 1989).

Dadas las características de continua formulación, evaluación y reformulación de modelos, tomando como base el estudio intensivo de tareas o acontecimientos terapéuticos, las metodologías de evaluación de las teorías terapéuticas no sólo constituyen un instrumento de estudio científico de la psicoterapia, sino que dan lugar a una mayor aproximación entre investigación y práctica al contribuir de un modo evidente al perfeccionamiento clínico del investigador.

En un proyecto de evaluación de tareas terapeúticas existen seis aspectos esenciales: a) desarrollo preliminar de un modelo describiendo el contexto de la tarea, b) relación entre proceso y resultados a través de la definición y especificación de las medidas de evaluación de los resultados globales, c) análisis preliminar intensivo y perfeccionamiento del modelo tomando como base el estudio de las transcripciones clínicas, d) mantenimiento de un contexto estable de la tarea a través de su estandarización y de procedimientos terapéuticos específicos, e) especificación y validación de las medidas del proceso capaces de evaluar las operaciones hipotetizadas como centrales y, por último, f) establecimiento de hipótesis y examen extensivo de esas hipótesis.

Wiseman y Rice (1989) presentan un ejemplo ilustrativo de evaluación de tareas terapéuticas. El modelo teórico a examinar, desarrollado y perfeccionado en función de estudios anteriormente realizados (Rice y Sapiera, 1984), llevó a la formulación de dos hipótesis; en primer lugar, los aspectos verbales de la intervención del terapeuta tienen un efecto en la calidad verbal y en el nivel de experimentación del paciente (por ejemplo, una verbalización productiva del terapeuta facilita en el paciente un cambio de verbalización negativa a positiva, facilitando, asimismo, un cambio de niveles reducidos a niveles elevados de ex-

perimentación; en segundo lugar, el tipo de intervención del terapeuta tiene un efecto en el nivel de experimentación del paciente.

En este estudio participaron cinco díadas terapéuticas y se seleccionaron dos sesiones en las que se pedía a los pacientes que discutieran un punto de reacción problemático, y para el que los terapeutas utilizan una estrategia de evocación sistemática. Para la contrastación de las hipótesis mencionadas anteriormente se utilizaron las siguientes medidas: *Client vocal quality* [Calidad verbal del paciente], *Therapist vocal quality* [Calidad verbal del terapeuta], *Client experiencing scale* [Escala de experimentación del paciente] y *Therapeutic task-relevant system* [Sistema terapéutico de tareas relevantes]. Los resultados encontrados confirman las hipótesis establecidas por el modelo. Esto es, la voz productiva del terapeuta influye en la calidad de la voz del paciente llevándole a un nivel más elevado de experimentación, y las intervenciones de evocación sistemática del terapeuta provocan también en el paciente niveles más elevados.

Esta investigación es un claro ejemplo de los principales procedimientos de evaluación de las tareas terapéuticas al incluir los siguientes apartados: formulación de hipótesis, —teniendo como base un modelo de realización de tareas—, preliminarmente evaluado y perfeccionado; creación de una situación estandarizada para un terapeuta y un paciente, especificación de las diferentes medidas del proceso y, por último, contrastación extensiva de las hipótesis. Como única insuficiencia a destacar está la inexistencia de medidas de la relación entre el proceso y los resultados finales del tratamiento. Como reconocen los propios autores, la relevancia teórica y clínica de este estudio podría mejorar a la hora de demostrar una relación entre medidas del proceso y medidas intermedias y finales de los resultados terapéuticos.

Tal como se ha observado, la investigación del proceso terapéutico consiste en un esfuerzo científico por describir y explicar las acciones e interacciones que se producen en el contexto psicoterapéutico y que afectan a los resultados intermedios y finales. Los procesos tradicionales se basan en estudios correlacionales y observaciones naturales. Este tipo de investigación suma a las limitaciones de las metodologías naturalistas (Kazdin, 1986) algunos presupuestos que no reflejan la complejidad del encuentro terapéutico. Se enumeran tres presupuestos que limitan la generalización de los resultados de algunos de los estudios centrados en el proceso; en primer lugar, el mecanismo observado tiene un significado fijo e independiente del contexto; en segundo lugar, este mecanismo contribuye independiente y discretamente al resultado terapéutico; y, por último, la contribución independiente de dos mecanismos puede mostrarse por intercorrelaciones de orden cero. Fácilmente se percibirán las limitaciones de estos presupuestos. Por ejemplo, el significado de cualquier proceso no es fijo y predeterminado, pero sí dependiente del contexto; además, distintos procesos pueden ser funcionalmente similares y el mismo proceso puede contribuir a resultados diferentes, dependiendo del contexto específico. Por ejemplo, Goldfried (1991) descubrió que tanto los terapeutas cognitivos como los psicodinámicos tienden a focali-

IV. CONCLUSIONES

Como conclusiones cabe destacar cuatro ideas centrales:

1. La necesidad de que los psicoterapeutas asuman en el estado actual de evolución de los conocimientos una doble actitud de clínicos-investigadores, que permita un constante movimiento de acción (práctica clínica) y de descentralización (control, investigación y reflexión sobre la práctica).
2. La importancia de propagar la paradoja de la investigación de los resultados e investigación del proceso a través de una mayor diferenciación y sofisticación de las metodologías de investigación en psicoterapia.
3. Iniciar el proceso de supervisión constante de nuestra práctica a través de metodologías centradas en los resultados que nos permitan la estandarización del tratamiento, la evaluación global de la eficacia, la evaluación comparativa y diferencial de la eficacia, y la evaluación de la interacción entre las diferentes variables de la terapia.
4. Necesidad de complementar la evaluación de los resultados con una evaluación intensiva del proceso terapéutico para posibilitar el esclarecimiento de los mecanismos de cambio terapéutico a través de una discriminación progresiva de los siguientes elementos: estudio de la relación entre proceso y resultados, evaluación de los elementos secuenciales del proceso, estudio de las variables cognitivas, análisis de los procedimientos de construcción fenomenológica y, por último, estudio multifacético de las tareas terapéuticas.

Es posible que, gracias al recurso sistemático a la evaluación del proceso y resultados de la psicoterapia, podamos aproximarnos progresivamente a la comprensión del fenómeno terapéutico, caminando conjuntamente en un ambiente de saludable diversidad epistemológica para el refinamiento de nuestras metodologías y para una mayor eficacia de nuestras intervenciones. Los programas de investigación en psicoterapia que fueron apareciendo en todo el mundo y la diversidad de metodologías utilizadas (Beutler, Crago y Machado, 1991*b*) reflejan la aplicación sistemática de algunas de las metodologías descritas en este capítulo. No obstante, como subraya Hill (1984), constantemente nos queda la sensación de que la psicoterapia es un terreno escurridizo en el que nos sentimos frecuentemente frustrados por nuestras capacidades para abarcar la totalidad. Mientras tanto, es precisamente esta característica lo que hace de la psicoterapia un laboratorio fascinante para el estudio de los mecanismos, potencialidades y límites del cambio humano; laboratorio en el que nos desdoblamos en los papeles de investigador y terapeuta, sujeto y objeto, observador y observado, conocedor y conocido, comprendiendo simultáneamente la artificialidad ilusoria de estas dicotomías.

REFERENCIAS BIBLIÓGRAFICAS

Angus, L. E. y Rennie, D. L. (1988). Therapist participation in metaphor generation: collaborative and noncollaborative styles. *Psychotherapy, 25*, 552-560.

Angus, L. E. y Rennie, D. L. (1989). Envisioning the representational world: the clients'experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychoterapy, 26*, 372-379.

Baptista, A. (1988). O programa de tratamento/investigaçao do síndrome de ansiedade/pânico/evitaçao no Serviço de Psicoterapia Comportamental. *Psicología, 6*, 57-72.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York. Guilford Press.

Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky, et al's veredict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 226-232.

Beutler, L. E., Crago, M. y Machado, P. P. (1991*b*). The status of programmatic research. En L. E. Beutler y M. Crago (Comps.) *Psychotherapy research: an international review of programmatic studies*. Washington, D. C. American Psychological Association.

Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R., Bergan, J., Meredith, K. y Merry, W. (1991*a*). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and sef-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 333-340.

Daldrup, R. J., Beutler, L. E., Engle, D. y Greenberg, L. S. (1988). *Focused expressive psychotherapy. Freeing the overcontrolled patient*. Nueva York. Guilford Press.

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Feister, S. J. y Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.

Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Comps.) *The psychotherapy process: a research handbook*. Nueva York. Guilford Press.

Elliott, R. y Anderson, C. (en prensa). Simplicity and complexity in psychotherapy research. En R. L. Russel (Comp.) *Psychotherapy research: assessing and redirecting the tradition*. Nueva York. Plenum Press.

Elliott, R., Barker, C. B., Caskey, N. y Pistrang, N. (1982). Differential helpfulness of counselor verbal response modes. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 354-361.

Emmelkamp, P. M. G., Visser, S. y Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103-114.

Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 5-25.

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1023-1035.

Gonçalves, O. F. e Ivey, A. E. (1987). The effects of unconscious information on therapist conceptualizations, intentions and responses. *Journal of Clinical Psychology, 43*, 237-245.

Gonçalves, O. F., Ivey, A. E. y Langdell, S. (1988). The multilevel conception of intentionality: implications for counselor training. *Counseling Psychology Quarterly, 1*, 377-386.

Gonçalves, O. F. y Machado, P. P. (1989). *Cognitive therapies and psychological development: an developmental approach*. Oporto. APPORT.

Greenberg, L. S. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of gestalt therapy. *Psychotherapy, 17*, 143-152.

Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in gestalt therapy. *Psychotherapy, 20*, 190-191.

Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research, 1*, 3-16.

Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy*. Nueva York. Guilford Press.

Haase, R. F. y Ellis, M. V. (1987). Multivariate analysis of variance. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 404-413.

Highlen, P. S. y Hill, C. E. (1984). Factors effecting client change in individual counseling: current status and theoretical speculations. En S. D. Brown y R. W. Lent (Comps.) *Handbook of counseling psychology*. Nueva York. Wiley.

Hill, C. E. (1978). Development of counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 461-468.

Hill, C.E. (1984). A personal account of the process of becoming a counseling process researcher. *Counseling Psychologist, 12*, 99-109.

Hill, C. E., Carter, J. A. y O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 3-18.

Hill, C. E. y O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.

Ivey, A. E. y Authier, J. (1978). *Microcounseling: innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation*. Springfield, Il. Charles C. Thomas.

Joyce-Moniz, L. (1989). Structures, dialectics and regulation of applied constructivism: from developmental psychopathology to individual drama therapy. En O. F. Gonçalves (Comp.) *Advances in the cognitive therapies: the constructive-developmental approach*. Oporto. APPORT.

Kazdin, A. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 95-105.

Kirk, R. J. (1982). *Experimental design: procedures for the behavioral sciences (2.ª ed.)*. Monterrey, Ca. Brooks/Cole.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York. Basic Books, Inc.

Lichtenberg, J. W. y Heck, E. J. (1983). Use of sequential analysis in counseling process research: a reply to Hill, Carter and O'Farrell and to Howard. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 615-618.

Lichtenberg, J. W. y Heck, E. J. (1986). Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 170-181.

Luborsky, K. y DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review, 4*, 5-14.

Luborsky, K., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychothera-

pies: is it true that «Everyone has won and all must have their prizes?». *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

Machado, P. P., Beutler, L. E. y Engle, D. (1991). *Differential maintenance of treatment effects among cognitive, experiential, and self-direcated psychotherapeutic procedures.* Comunicación presentada en el Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Lyon, Francia.

Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 299-315.

Marascuilo, L. A. y Busk, P. L. (1987). Loglinear models: a way to study main effects and interaction for multidimensional contingency tables within categorial data. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 443-455.

Martin, J. (1984). The cognitive mediational paradigm for research on counseling. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 558-571.

Martin, J. (1985). Measuring client's cognitive competence in research on counseling. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 556-560.

Martin, J. (1989). *The social cognitive construction of therapeutic experience and memories.* Documento inédito. Universidad de Western Ontario.

Martin, J., Martin, W., Meyer, M. y Slemon, A. G. (1986). An empirical investigation of the cognitive mediational paradigm for research on counseling. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 115-123.

Martin, J., Martin, W. y Slemon, A. G. (1987). Cognitive mediation in person-centered and rational-emotive therapy. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 251-260.

Martin, J., Paivio, S. C. y Labadie, D. (1989). *Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy: integrating cognitive experiential and therapeutic psychology.* Documento inédito. Universidad de Western Ontario.

Martin, J. y Stelmaczonek, K. (1988). Participants" identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 385-390.

Mitchell, K. M., Bozarth, J. D. y Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth and genuineness. En A. S. Gurman y A. M. Razin (Comps.) *Effective psychotherapy: a handbook of research.* Nueva York. Pergamon Press.

Newell, A. y Simon, H. A. (1972). *Human problem solving.* Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.

Omer, H. y London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: end of the systems era. *Psychotherapy, 25*, 171-184.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change (3.ª ed.).* Nueva York. Wiley.

Parloff, M. B., Waskow, I. E. y Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis (2.ª ed.).* Nueva York. Wiley.

Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy. A review of reviews. *Psychotherapy, 21*, 431-438.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-118.

Rennie, D. L. (1984). *Clients' tape-assisted recall of psychotherapy: a qualitative analysis.*

Comunicación presentada en la Convención de la Canadian Psychological Association. Ottawa, Canadá.
Rennie, D. L. (1985). *An early return from the interviews with clients about their therapy interviews: the functions of the narrative.* Comunicación presentada en la Convención de la Canadian Psychological Association. Ottawa, Canadá.
Rennie, D. L. (1989). *Clients' agency in psychotherapy I: The relationship with personal meaning*. Documento inédito. Universidad de Nueva York.
Rennie, D. L., Phillips, J. R. y Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: a promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*, 139-150.
Rice, L. N. y Greenberg, L. S. (Comps.) (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York. Guilford Press.
Rice, L. N. y Sapiera, E. P. (1984). Task analysis and the resolution of problematic reactions. En L. N. Rice y L. S. Greenberg (Comps.) *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York. Guilford Press.
Robinson, L. A., Berman, J. S. y Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
Safran, J. D., Greenberg, L. y Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: modeling the change process. *Psychotherapy, 25*, 1-17.
Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581-604.
Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
Snow, R. (1991). Aptitude-treatment interaction as a frame work for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 205-216.
Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 41*, 165-180.
Strohmer, D. C. y Chiodo, A. C. (1984). Counselor hypothesis testing strategies: the role of initial impressions and self-schema. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 410-419.
Strupp, H. H. (1957). A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry, 20*, 293-306.
Strupp, H. H. y Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key.* Nueva York. Basic Books.
Strupp, H. H. y Hadley, S. W. (1977). A tripatite model of mental health and therapeutic outcomes: with special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist, 32*, 196-197.
Strupp, H. H. y Hadley, S. W. (1979). Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry, 36*, 1125-1136.
Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H. y Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 123-154.
Suh, C. S., Strupp, H. H. y O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: the psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Comps.) *The psychotherapy process: a research handbook*. Nueva York. Guilford Press.

Tepper, D. T. y Haase, R. E. (1978). Verbal and nonverbal communication of facilitative conditions. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 35-44.
Truax, C. B. y Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice*. Chicago. Aldine.
Truax, C. B. y Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. En A. E. Bergin y S. G. Garfield (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York. Wiley.
Wampold, B. E. y Freund, R. D. (1987). Use of multiple regression in counseling and psychotherapy research: a flexible data-analytic strategy. *Journal of Cunseling Psychology, 34*, 372-382.
Wampold, B. E. y Kim, K. H. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: a case study revisited. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 357-364.
Wampold, B. E. y Margolin, G. (1982). Nonparametric strategies to test the independence of behavioral states in sequential data. *Psychological Bulletin, 92*, 755-766.
Wiseman, H. y Rice, L. N. (1989). Sequential analysis of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 281-286.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Daldrup, R. J., Beutler, L. E., Engle, D. y Greenberg, L. S. (1988). *Focused expressive psychotherapy. Freeing the overcontrolled patient*. Nueva York. Guilford Press.
Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 5-25.
Greenberg, L. S. y Pinsof, W. M. (Comps.) (1986). *The psychotherapy process: a research handbook*. Nueva York. Guilford Press.
Highlen, P. S. y Hill, C. E. (1984). Factors effecting client change in individual counseling: current status and theoretical speculations. En S. D. Brown y R. W. Lent (Comps.) *Handbook of counseling psychology*. Nueva York. Wiley.
Wampold, B. E. y Kim, K. H. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: a case study revisited. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 357-364.
Wiseman, H. y Rice, L. N. (1989). Sequential analysis of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 281-286.

5. LA ENTREVISTA CONDUCTUAL

MICHAEL BRUCH y VICTOR MEYER

I. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo intenta explicar de forma práctica la entrevista conductual como parte del procedimiento de análisis conductual. Es posible que el lector sepa que se han desarrollado muchas técnicas diferentes a lo largo de los años. Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado científicamente la eficacia o adecuación de dichos métodos. Ese estado de cosas se tratará más adelante.

A diferencia de la psiquiatría, donde la entrevista se guía por un sistema de clasificación en categorías, intentaremos describir la entrevista conductual como un procedimiento continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que juegue una parte importante dentro de un proceso terapéutico integrado. En otras palabras, se espera que la información recogida pueda proporcionar una dirección operacionalizada para un programa de modificación terapéutica.

Como señala Turkat (1986), existe una amplia literatura sobre la entrevista conductual que tiene que llegar todavía a una conclusión sobre qué es lo que constituye una buena entrevista o sobre cómo puede ser evaluada. Se ha vertido una gran cantidad de ideas, no sometidas nunca a una comprobación científica, y normalmente se deja que sea el clínico quien evalúe los resultados de acuerdo con sus propios patrones. No obstante, nos parece útil considerar varias cuestiones relativas a la entrevista.

1.1. *Cuestiones generales*

El nivel de actividad del entrevistador ha estado sujeto a controversia y debate. Mientras que algunos expertos han considerado que la directividad estaba relacionada de manera inversa con la calidad de la entrevista, otros la han favorecido como un estilo deseable para la entrevista (Turkat, 1986). De nuevo, la investigación sobre este aspecto no es concluyente. Sin embargo, habría que esperar que

University College y Middlesex School of Medicine (Reino Unido).

el nivel de actividad del entrevistador pudiera influir notablemente sobre el rumbo y el resultado de la entrevista.

Las expectativas sobre los resultados afectan tanto al terapeuta como al paciente. Por parte del paciente, esto podría depender de la experiencia terapéutica previa o de los beneficios terapéuticos previstos y de los beneficios secundarios. También se ha observado que los pacientes intentan satisfacer las expectativas de los terapeutas según sea el modelo de enfermedad asumido por éstos. Todo ello es importante porque podría desviar la atención de los asuntos "reales" que producen sufrimiento. Por otra parte, el profesional experto estaría apoyándose en un modelo conceptual que con toda probabilidad dirigirá sus expectativas y actividades posteriores. Dentro del conocimiento que poseemos hoy día, no se encuentran disponibles datos de la investigación sobre esta cuestión, datos que puedan proporcionar directrices para el clínico.

Echemos una mirada a algunas cuestiones relevantes para la entrevista conductual. Las inferencias de la entrevista tienen lugar frecuentemente cuando el entrevistador intenta organizar el cúmulo de información al que se enfrenta durante la misma. Dichas inferencias podrían depender de una serie de factores tales como la experiencia profesional, la orientación teórica, etc. Parece que cuanto mayor es el grado de experiencia profesional de los terapeutas más pueden encontrarse inclinados a producir inferencias de acuerdo con el modelo que han adoptado. Por el contrario, el clínico poco experto se ve abrumado a menudo por la cantidad de información y podría experimentar inferencias contradictorias. Como es imposible saber si esas inferencias son "objetivas" y válidas, es importante que el entrevistador se dé cuenta de la naturaleza hipotética de las observaciones. Se espera que el proceso de la entrevista sea facilitado notablemente cuando se la considere de esta manera. El desarrollo de hipótesis durante el transcurso de la entrevista se explicará más adelante.

Parece ser que características manifiestas como el atractivo, el lenguaje corporal, el sexo del entrevistado y del entrevistador, el comportamiento durante la entrevista, la motivación, etc., tienen una gran influencia sobre la situación de entrevista y podrían afectar a los juicios y a las conclusiones derivadas de ella. Por lo que sabemos, apenas existen sobre este tema datos disponibles provenientes de investigaciones sistemáticas, pero parece muy apropiado poner estos asuntos en conocimiento de los entrevistadores, especialmente durante el entrenamiento.

Para concluir, los parámetros abordados anteriormente podrían explicar las variaciones del estilo de la entrevista con los distintos individuos. Una discusión más amplia de estos temas puede encontrarse en Turkat (1986).

El lector puede conocer la confusa colección de libros y artículos disponibles sobre el tema de la entrevista conductual. Tal y como se podría esperar, incluso dentro de un marco conductual, sería factible encontrar una notable divergencia de conceptos y procedimientos. Turkat (1986) ha intentado comparar y revisar los enfoques mejor establecidos, tal y como los han formulado destacados terapeutas de conducta. Antes de que proporcionemos nuestras propias di-

rectrices sobre la entrevista inicial, se podrían abordar brevemente esos enfoques.

1.2. *Enfoques conductuales de la entrevista*

Un esquema pionero lo proporcionaron Kanfer y Saslow (1965). Este modelo encontró una amplia aceptación entre los terapeutas de conducta y hoy día sigue disfrutando de una gran reputación. Turkat (1986) ha caracterizado el enfoque como sigue:

El "diagnóstico conductual" de Kanfer y Saslow plantea varias áreas que tienen que ser evaluadas en el paciente. Primero, se realiza un análisis inicial de la situación problema. Las conductas se clasifican en excesos, déficit y ventajas conductuales. Los antecedentes y las consecuencias de estas conductas se determinan en la sección dos, la clarificación de la situación problema. Además, se examinan los antecedentes y las consecuencias por participar en el tratamiento. Luego sigue un análisis de la motivación, que abarca los refuerzos y los estímulos aversivos disponibles. La cuarta etapa implica un análisis evolutivo sobre los cambios biológicos, sociológicos y conductuales. Luego, se realiza un análisis del autocontrol con el fin de determinar las capacidades del paciente para regular su propia conducta. Seguidamente, el clínico realiza un análisis de las relaciones sociales y, finalmente, un análisis del ambiente físico-socio-cultural [p. 116].

A pesar de ofrecer un amplio modelo, parece que Kanfer y sus colegas no han sabido operacionalizar cómo esta compleja información puede integrarse de un modo significativo con el fin de hacer recomendaciones operativas para el tratamiento. El enfoque de amplia base de Kanfer puede contrastarse con el enfoque operante de Stuart (1970), quien ha alegado que sólo debería recogerse la información detallada que sea claramente relevante para el problema que se presenta. Turkat (1986) lo ha resumido como sigue:

El sistema de Stuart para la evaluación empieza con una especificación precisa de las conductas problemáticas. Luego, el clínico trata de identificar los antecedentes y las consecuencias de estas conductas. Los antecedentes se clasifican en: (1) estímulos instruccionales (las reglas para una determinada conducta especificadas por el agente de cambio); (2) estímulos discriminativos/estímulos delta (estímulos que indican la probabilidad de reforzamiento o no reforzamiento para una determinada conducta); (3) variables potenciadoras (procedimientos que aseguran la eficacia de un refuerzo); y (4) estímulos facilitadores (prerrequisitos esenciales para que ocurra la respuesta). Las consecuencias se clasifican como: (1) refuerzos positivos; (2) acontecimientos aversivos; (3) acontecimientos de extinción; o (4) refuerzos negativos. Las decisiones sobre el tratamiento se basan en este tipo de análisis funcional [p. 119].

La terapia multimodal de Lazarus (1981) ofrece otro enfoque interesante que ha causado una considerable controversia entre los terapeutas de conducta. Este enfoque ha intentado ampliar el modelo conductual guiándose por consi-

deraciones clínicas para adaptarlo al paciente individual. El propósito de la entrevista inicial es responder a una serie de preguntas relevantes que Lazarus (1981) ha listado de la siguiente manera:

— ¿Hay señales de "psicosis" (p. ej., trastornos del pensamiento, ilusiones, incongruencia del afecto, conductas inapropiadas o muy extrañas)?
— ¿Cuáles son las quejas que se presentan y cuáles son los acontecimientos principales que los precipitan?
— ¿Había evidencias de autorrecriminación, depresión, o tendencias homicidas o suicidas?
— ¿Cuál era la apariencia del paciente con respecto a las características físicas, al cuidado de uno mismo, a la manera de hablar y a sus actitudes (por ejemplo, amigable, hostil, taciturno, condescendiente)? ¿Se encontraba perturbada alguna actividad motora (por ejemplo, tics, manerismos, postura rígida, movimientos nerviosos de las manos)?
— ¿Qué factores antecedentes parecían significativos en la vida de la persona?
— ¿Quién o qué parecían estar manteniendo las conductas desadaptativas del paciente?
— ¿Era claramente evidente lo que el paciente deseaba obtener de la terapia?
— ¿Había indicaciones o contraindicaciones claras para la adopción de estilos terapéuticos particulares? (Por ejemplo, parecía preferible una posición inicial directiva o no directiva). ¿A qué ritmo debería desarrollarse mejor la terapia?
— ¿Puede establecerse una relación mutuamente satisfactoria o debería remitirse el paciente a otro lugar?
— ¿Cuáles son algunas de las ventajas y atributos positivos del paciente?
— ¿Por qué busca el paciente terapia en estos momentos, por qué no la semana pasada, el mes pasado o el año pasado?
— ¿Tenía el paciente elementos legítimos para la esperanza? [p. 46].

Para lograr esto, se incita al clínico para que utilice un repertorio de técnicas más amplio durante la primera entrevista, técnicas que pueden tomarse prestadas de distintos modelos psicoterapéuticos o ser inventadas por el clínico. Lazarus subraya la importancia de establecer una buena relación de trabajo y fortalecer los factores motivacionales en el paciente. Lazarus espera así llegar a una amplia lista de problemas conductuales para los que intenta encontrar las técnicas de tratamiento adecuadas. Éstas podrían aplicarse de forma simultánea.

Aunque el "eclecticismo técnico" de Lazarus rinde un mayor homenaje a la complejidad de las situaciones clínicas, se le ha criticado de no ser conductual y faltarle consistencia, así como lógica interna para explicar los trastornos conductuales (por ejemplo, Meyer y Turkat, 1979).

Otro enfoque de la entrevista clínica fue desarrollado por Goldfried y Davison (1976). Estos autores parecen interesados en utilizar técnicas tradicionales conceptualizadas en términos conductuales. Han desarrollado un amplio formato que:

[...] incluye una descripción física del paciente, de la conducta del paciente durante la entrevista, de los problemas que se presentan (naturaleza del problema, acontecimientos

históricos, determinantes situacionales actuales, variables orgánicas, dimensiones del problema, consecuencias del mismo), otros problemas, cualidades personales, objetivos para la modificación, tratamiento recomendado, motivación para el tratamiento, pronóstico, urgencia del tratamiento, expectativas y otros comentarios [Turkat, 1986, p. 118].

Esta breve discusión de distintos enfoques de entrevista en el campo conductual sirve para demostrar la gran variedad de opciones disponibles. Pero también se ha encontrado cierto consenso. Turkat (1986) ha comentado esto muy adecuadamente:

Las únicas áreas en las que existe consenso respecto a lo que debe incluirse en la primera entrevista son: (1) especificar el/los problema/s; (2) análisis de los antecedentes; y (3) análisis de las consecuencias. Esto no debería suponer ninguna sorpresa, ya que los terapeutas de conducta, en general, han utilizado un análisis "A-B-C" durante muchos años [...]. Aparte del análisis "A-B-C", los clínicos parecen no estar de acuerdo sobre qué es lo que tiene que cubrir la primera entrevista. Por ejemplo, Wolpe, Kanfer y Saslow, y Goldfried y Davison defienden la necesidad de analizar la información evolutiva específica y no específica a los problemas que se presentan. Lazarus y Stuart no están de acuerdo. Mientras que Lazarus proporciona un *Life history questionnaire* [Cuestionario de la historia de vida] como tarea para casa, Stuart parece oponerse a investigar la información etiológica. Otra fuente de desacuerdo es la clase de relación que el clínico debería desarrollar con el paciente [p. 119].

Normalmente, los enfoques desarrollados a partir de un contexto clínico tienden a tener una base más amplia y un estilo más flexible, en reconocimiento claro de la realidad clínica. Se ha sugerido también que puede haber una discrepancia considerable entre lo que los clínicos *predican* y lo que realmente *hacen.* Es probable que esas diferencias sean agrandadas por factores no específicos (por ejemplo, el estilo personal del entrevistador). Una discusión más detallada de estos aspectos puede encontrarse en Goldfried (1992).

II. LA ENTREVISTA ANALÍTICO CONDUCTUAL

El resto del capítulo lo dedicaremos a la entrevista tal como la realizamos dentro de nuestro propio enfoque y que se desarrolló originalmente en el contexto de los trastornos psiquiátricos complejos. En el enfoque analítico conductual se considera a la entrevista conductual inicial como el aspecto más importante del procedimiento clínico total. Está claro que tiene que obtenerse la información que sea relevante y que se tienen que tomar decisiones que implican importantes consecuencias a largo plazo para el paciente. Se espera que la calidad y los resultados de la entrevista sean cruciales para fomentar la motivación y la introspección del problema por parte del paciente, así como constituir un instrumento para establecer el comienzo de una constructiva relación terapéutica.

Antes de empezar con una descripción detallada, parece apropiado proporcionar una breve historia del enfoque analítico conductual con referencia específica a la entrevista inicial. Una descripción más detallada puede encontrarse en Meyer y Turkat (1979).

II.1. *El procedimiento analítico conductual*

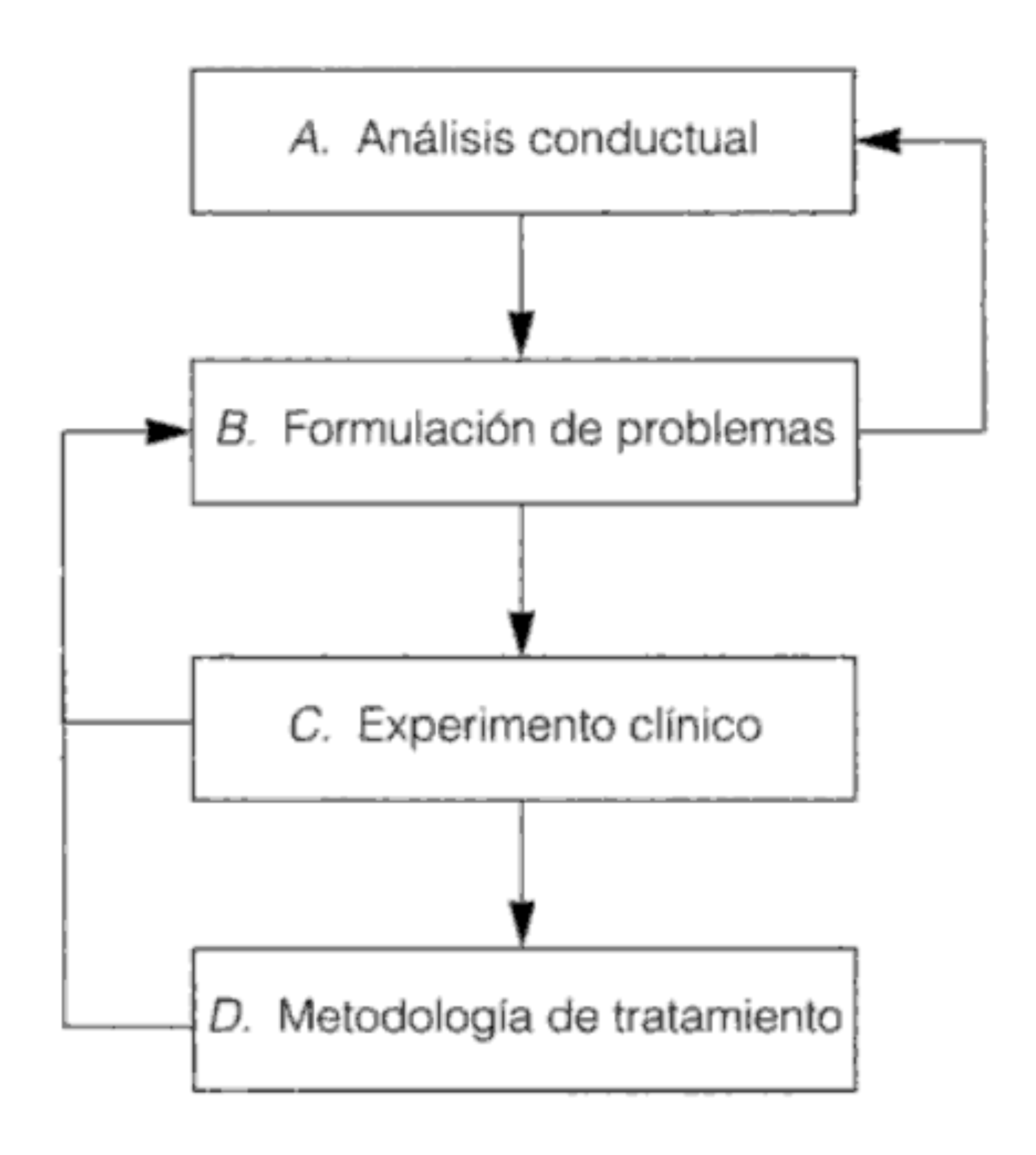
El procedimiento analítico conductual es dinámico y determinista por naturaleza. Descansa sobre la suposición de que las conductas perturbadas tienen que entenderse de acuerdo con los principios del aprendizaje ya establecidos y que pueden estudiarse según los principios de la investigación experimental. En este enfoque, la entrevista inicial es de una importancia fundamental, ya que tratamos de lograr un marco plausible, la formulación del problema, para explicar la conducta en cuestión en términos de su historia causal y de los factores que la mantienen. También se espera que nos permita hacer predicciones sobre las conductas futuras, guiando de esta manera el diseño de intervenciones para el tratamiento.

Otra suposición importante son las diferencias individuales en las conductas problema. Los enfoques desarrollados en la clínica han reconocido siempre este hecho. El trabajo pionero de Meyer (1957) se centró en el análisis individualizado de casos complejos en ámbitos psiquiátricos, ya que se pensaba que las etiquetas psiquiátricas no constituían un instrumento para el tratamiento de los pacientes.

Quizás esto se pueda ilustrar mejor con las diferencias entre diagnóstico psiquiátrico y formulación conductual: las quejas que se presentan pueden parecer idénticas y clasificarse, por consiguiente, en la misma categoría psiquiátrica; sin embargo, el análisis idiográfico podría sugerir discrepancias en términos de sus historias y de los mecanismos causantes del trastorno.

Finalmente, la estrechez de las primeras teorías del condicionamiento y de sus derivados han demostrado ser poco adecuadas para las situaciones clínicas complejas. Consideramos que es útil mantener una mente abierta ante un mayor conocimiento que sea apropiado, proveniente tanto de dentro como de fuera del marco conductual. De acuerdo con una práctica innovadora y creativa, estamos ávidos de ampliar nuestro conocimiento y mejorar nuestro modelo para entender la complejidad de la conducta humana, especialmente de la conducta anormal. La terapia de conducta debería utilizar cualquier conocimiento relevante derivado de cualquier disciplina y que favoreciese la aplicación de los principios del aprendizaje para realizar cambios conductuales. De aquí que la única limitación es la que exige que dicho conocimiento debería ser adaptable al marco de referencia del aprendizaje y sujeto a la metodología experimental. Esto es necesario para evitar la confusión conceptual que, en nuestra opinión, obstaculizaría la integración constructiva de "nuevos" métodos. Como clínicos, intentamos conseguir esto con la vista puesta en las aplicaciones clínicas del caso individual.

FIGURA 5.1. *El enfoque analítico conductual: proceso terapéutico*



II.3. *La entrevista inicial*

Empezamos el análisis conductual con la evaluación realizada por medio de la entrevista inicial. El objetivo principal de este primer paso consiste en recoger datos relevantes, integrarlos en una descripción con significado y formular finalmente un modelo para la explicación y predicción de los problemas conductuales evaluados. Wolpe y Turkat (1985) han enumerado las cuestiones críticas que se tienen que contestar por medio de esas formulaciones del problema:

- ¿Cuáles son los problemas que está experimentando el paciente?
- ¿Cuáles de ellos son problemas conductuales (es decir, hay alguno que tenga una base fisiológica)?
- Si tienen una base psicológica, ¿cuáles son las relaciones funcionales entre el ambiente y la conducta?
- ¿Por qué se han desarrollado y mantenido?
- ¿Qué factores pueden producir un cambio?

El estilo de la entrevista es empático, pero también puede ser directivo. Los psicoterapeutas rechazan a menudo la acción directiva y ésta la asocian generalmente con la "manipulación poco ética". Es difícil lograr una argumentación

racional de esta proposición. Por otra parte, Turkat (1986) ha alegado que, si prevalece la lógica, todo el procedimiento terapéutico debería seguir unos principios directivos: después de todo es el paciente quien está buscando una dirección con el fin de afrontar mejor sus problemas. Sigue defendiendo su postura como sigue:

El estilo directivo de entrevista, tal como se defiende aquí, ha sido a menudo objeto de críticas. Esas objeciones provienen de conceptos teóricos que parecen tener poca base científica. Por ejemplo, el autor ha visto muchos terapeutas novatos ser reprendidos por sus supervisores por ser "demasiado directivos". A menudo se les acusa de no ser empáticos y de "amenazar la fragilidad" del paciente. Estas afirmaciones merecen algún comentario. Primero, no se puede ser empático si no se comprenden los aspectos específicos de un problema. Aparentemente, el modo más eficaz de entender algo es hacer preguntas directas. Segundo, la idea de que un paciente sea "demasiado frágil" para arreglárselas con una pregunta directa tiene poco apoyo científico. Hablando de forma descriptiva, el paciente se encuentra diariamente con problemas con respecto a los cuales es, supuestamente, "demasiado frágil" para hablar sobre ellos. El autor encuentra que el ser directivo y abierto es altamente valorado por la mayoría de los pacientes [p. 127].

Para facilitar la recogida sistemática de información aplicamos la formación y la comprobación de hipótesis que nos guiarán a lo largo de la entrevista. Este proceso empieza desde el primer contacto con el paciente; es decir, hasta los clínicos utilizan la primera impresión para generar hipótesis sobre cuál es el problema. Turkat (1986) ha detallado esto de la siguiente forma:

El clínico escruta la manera de hablar del paciente, aspectos como el tono, el timbre, el estilo, la selección de palabras y frases, la intensidad, las latencias entre palabras, las frases, las preguntas y respuestas, buscando una señal [...] la presentación física del paciente, como el estilo de peinado, de vestir, la postura, la actividad motora, etc. Un ejemplo ayudará a ilustrar este punto. Si sucede que en la clínica se encuentra un joven con una presencia física que incluye el estar mal conjuntado, tener el pelo revuelto, usar gafas gruesas, y realizar movimientos y expresiones faciales agitados cuando es presentado al terapeuta, entonces se sugiere una hipótesis preliminar general de déficit en habilidades sociales. Dependiendo de la indagación posterior, se podrían hipotetizar ciertas consecuencias adicionales de este déficit en habilidades sociales, tales como soledad, depresión, etc. [p. 121].

Cualquier tipo de información proporcionada por el paciente se trata de esta manera y el proceso total de las preguntas se guía por esa formación y comprobación de hipótesis. De este modo, conforme progresamos hacia una formulación amplia, que se detallará posteriormente, recogemos información de una manera lógica y sistemática. Para evitar la confusión, no es deseable saltar de tema en tema al azar, como a menudo se puede observar, desgraciadamente, en las sesiones de terapia.

II.4. *El análisis descriptivo*

El análisis descriptivo se obtiene a partir del punto de vista del paciente. Buscamos una afirmación operacionalizable de los problemas que se presentan (conductas objetivo). Animamos de forma activa a los pacientes para que se abstengan de incorporar la jerga o las interpretaciones de su problema, como podrían sugerir otros profesionales durante el transcurso de evaluaciones o tratamientos previos. Ya en esta etapa se anima al paciente para que exprese sus puntos de vista y sus expectativas sobre el cambio terapéutico y los resultados del mismo (revisándose después de presentar la formulación del problema). En los casos que estén implicados problemas de relación (por ejemplo, cuestiones de pareja o familiares), puede ser apropiado conocer las opiniones de los otros individuos implicados. Las discrepancias y la información conflictiva podrían tener importantes efectos sobre la motivación y los resultados de la terapia. Consideremos el caso de un marido obsesivo-compulsivo que perturba la vida de pareja con numerosas comprobaciones y rituales de limpieza. Cuando la situación se vuelve insostenible, su mujer podría amenazarle con el divorcio si se niega a ser tratado por sus problemas. En casos como éste, se debe llegar a un consenso sobre los objetivos del tratamiento antes de empezar a diseñar un programa de modificación de conducta. Tratamos de fomentar un proceso de un "progresivo darse cuenta", dirigido a lograr un interés compartido de todos los individuos implicados en el proceso terapéutico, incluyendo al terapeuta.

¿Cómo empezamos en la primera entrevista? Normalmente, se empieza explicando al paciente el propósito de la entrevista y discutimos brevemente varias formas de enfocar el problema conductual (especialmente el enfoque psicológico frente al enfoque psiquiátrico). Si fuese una sesión docente donde intervienen terapeutas en fase de entrenamiento, se presenta a cada individuo y se facilita la adaptación a la situación. Se le recuerda al paciente que ha acudido de forma voluntaria y que puede proporcionar sólo aquella información con la que se encuentre cómodo. Finalmente, se anima al paciente para que participe de forma activa en la entrevista, haciendo preguntas, planteando sugerencias, etc. Luego tomamos algunos detalles biográficos, la edad, el sexo, el estatus, la profesión, etcétera.

Una explicación adecuada de cómo empezamos a centrarnos en el problema que se presenta es la proporcionada por Meyer y Turkat (1979):

Empezamos normalmente generando una lista de todos los problemas conductuales que el paciente está experimentando actualmente. Se describe cada problema, en términos generales, con el objetivo de generar una lista exhaustiva. Esta lista de problemas conductuales sirve para una variedad de propósitos tales como estructurar la entrevista clínica, especificar el rango de problemas que está experimentando el individuo y, algo más importante, proporcionar al terapeuta información para generar hipótesis. Preferiblemente, la lista de problemas y la información posterior se recogen en una pizarra o en algún

otro medio a los que el paciente y el terapeuta puedan acudir visualmente (ya que la cantidad de información que se va produciendo excede generalmente la capacidad de la memoria). La inspección visual de la lista de problemas conductuales proporciona señales sobre cómo las quejas actuales pueden relacionarse y explicarse mutuamente. Si se descubren dichas relaciones, se puede facilitar la eficacia clínica. Por ejemplo, con un paciente determinado se puede hipotetizar que dicha persona está deprimida porque es sexualmente impotente. En consecuencia, por conveniencia clínica, se examinará primero la impotencia sexual. En algunos casos, la lista de problemas conductuales no facilita la formulación de una hipótesis semejante. Por consiguiente, se examina primero la conducta más incapacitante. En cualquier caso, el paso siguiente, al llevar a cabo la entrevista inicial, implica un análisis conductual evolutivo de cada problema individual que el paciente está padeciendo [p. 262].

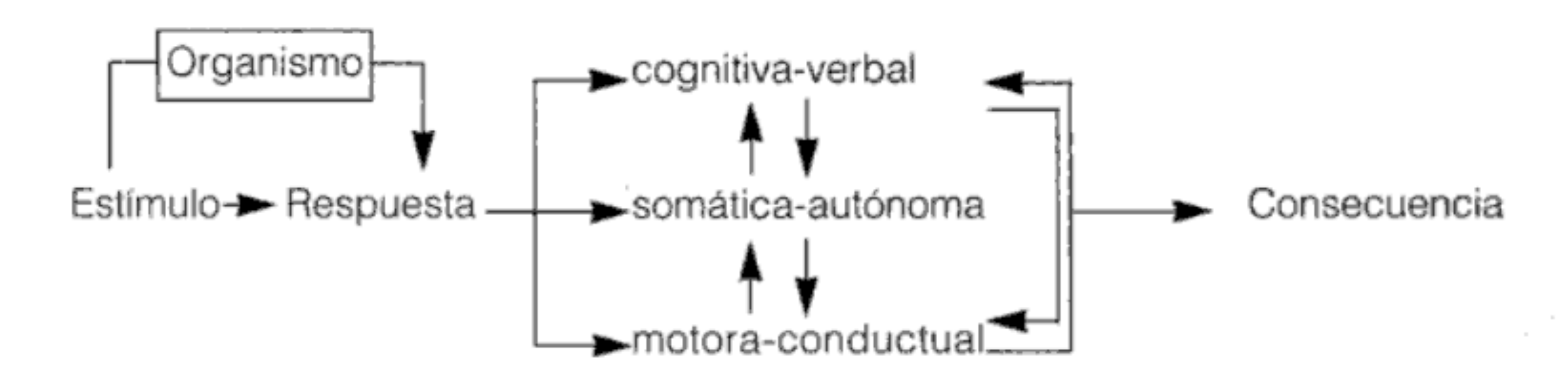
En los casos en que parezca imposible conseguir una clara descripción de la queja principal, puede ser apropiado pedir al paciente que haga una lista con todos los problemas, durante la sesión o como una tarea para casa. Esa recopilación facilitará las hipótesis relativas a las relaciones entre las quejas y podría ser útil para la detección del mecanismo que subyace al problema. Turkat (1986) proporciona un ejemplo de esto:

[...] supongamos que se genera la siguiente lista de problemas: 1) depresión, 2) carencia de amigos, 3) lavarse las manos en exceso, 4) incapacidad para salir de casa, 5) dificultad para dormir, 6) limpieza excesiva. El terapeuta intenta encontrar una hipótesis explicativa para todas estas quejas. Una hipótesis derivada de los problemas listados en este caso es la de temor a la contaminación. Dicha hipótesis proviene del siguiente tipo de pensamiento. El paciente probablemente se lava las manos y limpia la casa en exceso para evitar una posible contaminación por la suciedad, los gérmenes, etc. Además, evita salir de casa para evitar la exposición a más estímulos contaminantes. Esto produce un aislamiento social, un darle vueltas por la noche a sus problemas (lo que ocasiona insomnio del inicio del sueño) y, de esta manera, depresión. Otros problemas que se pueden predecir a partir del mecanismo general del "temor a la contaminación" podrían incluir: evitar tocar a los demás, problemas sexuales, limpiar con aspiradora a los que entran en su casa (esto no es tan infrecuente como podría parecer), evitar que otras personas entren en casa, etc. [p. 123].

II.5. *Análisis funcional*

A continuación, nos centramos en el análisis funcional y en las quejas principales. El análisis funcional está diseñado para examinar la información recogida en el análisis descriptivo (afirmaciones del paciente) según los principios del aprendizaje, tal como son aplicados por el psicoterapeuta conductual experto. De modo más detallado, podemos hacer uso del modelo de ecuación conductual (Kanfer y Phillips, 1970) y del análisis del triple sistema de respuesta (por ejemplo, Lang, 1971 y Turkat, 1979). Veamos primero la ecuación conductual. En la figura 5.2 se proporciona una representación gráfica de este modelo.

FIGURA 5.2. *Análisis funcional*



En el modelo de ecuación conductual señalado (E-O-R-C), la E representa las condiciones estimulares antecedentes, la O el organismo que reacciona, teniendo en cuenta los factores tanto biológicos como psicológicos (por ejemplo, las predisposiciones genéticas o la historia de aprendizaje) y la R se refiere a la respuesta conductual actual. La C indica las consecuencias de la respuesta, tanto a corto como a largo plazo.

El clínico escruta la conducta objetivo siguiendo estos criterios. Por ejemplo, podría querer saber si la conducta está provocada por un único estímulo o si está asociada a un grupo de estímulos relacionados que se encuentren organizados jerárquicamente (S^+/S^-). Con respecto a la variable del organismo, podría ser de interés explorar si hay factores biológicos implicados en la reacción.

Lo más importante de este análisis es el examen de los sistemas de respuesta, tal y como se ha ilustrado antes. A este análisis lo sigue el influyente modelo de Lang quien ha propuesto tres sistemas relacionados: cognitivo-verbal, fisiológico-autónomo y motor-conductual. Esta conceptualización nos permite estudiar la naturaleza interactiva de estos sistemas de respuesta. Por ejemplo, podríamos ser capaces de identificar un modo de respuesta dominante que tiene un impacto causal sobre los demás. O bien, como en el caso de la ansiedad por anticipación, podríamos descubrir una fuerte interacción entre las variables cognitivas y autónomas (Meyer y Reich, 1978). Según los hallazgos de Lang (1971), los sistemas de respuesta constituyen componentes que se relacionan moderadamente, lo que podría suponer un estado de sincronía o desincronía (Rachman y Hodgson, 1974). Se ha llegado a alegar una dominancia intrínseca de distintos modos de respuesta (Zajonc, 1980), lo que ha caracterizado el debate entre terapeutas de conducta tradicionales y teóricos más cognitivos.

Las formas de evaluación de los sistemas de respuesta tienen también importancia. La evaluación subjetiva por medio del autoinforme podría arrojar resultados diferentes si los comparamos con métodos objetivos (Bruch, 1988). Esto parece especialmente importante para las respuestas autónomas, donde se han encontrado grandes discrepancias. De igual manera, la responsividad entre individuos podría mostrar grandes variaciones, como se pueden ver, por ejemplo, en

los que responden ante el estrés por medio de la "tasa cardíaca" o de la "conductancia de la piel".

Para propósitos clínicos, se puede esperar que la información detallada sobre el orden temporal y la responsividad etiológica proporcione señales vitales para las intervenciones terapéuticas. Por ejemplo, una respuesta de ansiedad que es representada cognitivamente, de forma predominante, requeriría una atención terapéutica diferente (por ejemplo, reestructuración cognitiva) comparada con una fuerte reacción autónoma (por ejemplo, *biofeedback*). Las flechas de la figura 5.2 esquematizan el patrón de posibles interacciones.

Finalmente, otros parámetros relevantes de cada sistema de respuesta, como la intensidad, frecuencia y duración, pueden estudiarse también para conseguir una comprensión más profunda de las quejas actuales. Se puede facilitar este proceso por medio de la matriz de análisis conductual (Turkat, 1979), que recomienda una evaluación adicional de los componentes cognitivos, autónomos y motores de las condiciones antecedentes y consecuentes. Éstas pueden ser conductas o acontecimientos ambientales. La matriz se presenta en el cuadro 5.1.

CUADRO 5.1. *La matriz del análisis conductual* (ACC × CAMA)

	Antecedente	*Conducta*	*Consecuencia*
Cognitivo	X	X	X
Autónomo	X	X	X
Motor	X	X	X
Ambiental	X		X

La evaluación de las consecuencias tiene como propósito clarificar los operantes de la conducta perturbada en cuestión. Es importante identificar los factores que la mantienen y, especialmente, si hay un conflicto entre las consecuencias a corto y a largo plazo. Por ejemplo, una persona con fobia social podría ser capaz de reducir la ansiedad social por medio del aislamiento, que puede conducir, a largo plazo, a la depresión.

Una discusión más detallada del modelo E-O-R-C y de sus aplicaciones puede encontrarse en Kanfer y Phillips (1970).

II.6. *Análisis evolutivo*

Posteriormente, se realiza una historia idiográfica para cada conducta problema identificada. La utilidad de esa evaluación etiológica ha estado sujeta a controversia entre los terapeutas de conducta y ha sido tratada con sospecha por los primeros teóricos del aprendizaje (por ejemplo, Stuart, 1970), que la considera-

que implique a los esquemas sobre uno mismo y al estilo de vida, tiene valor predictivo con respecto a situaciones de "alto riesgo", donde puede tener lugar la exacerbación de los síntomas o la recaída.

Finalmente, es importante tener conocimiento sobre las virtudes o ventajas de los pacientes. Con este propósito, se evalúan áreas donde se da un buen funcionamiento en general y posibilidades de autocontrol en particular. También es de interés encontrar si los pacientes pueden afrontar sus problemas en situaciones específicas o si ya lo han hecho anteriormente y por qué razones.

Puede que esta enumeración de procedimientos típicos para la entrevista inicial no esté completa. No existen límites a la inventiva, tanto en cuanto sigamos la estrategia experimental general. En principio, intentamos mantener las rutinas de evaluación a un mínimo y tratamos de adoptar un enfoque flexible. Así, aunque se considere al paciente como la principal fuente de información, podríamos considerar apropiadas también otras fuentes, como la observación directa en el ambiente natural o la entrevista a compañeros, a amigos o a miembros de la familia. La información poco consistente que tenga lugar durante la entrevista debería siempre poder explicarse. La razón es que, en caso contrario, podría conducir a hipótesis erróneas, a que la técnica de la entrevista sea insuficiente, o incluso a que se dé una conducta manipulativa por parte del paciente. Se recomienda no aferrarse a hipótesis que no puedan recibir apoyo. Por otra parte, no es deseable utilizar una forma enérgica de entrevista para obtener las hipótesis preferidas. Si hubiera dudas sobre la honestidad de un paciente, se podría considerar una entrevista con otros individuos que estuvieran implicados.

II.8. *La formulación del problema*

En el enfoque analítico conductual, la formulación del problema asume un papel central como lugar de integración de datos, a partir de los cuales debe surgir, lógicamente, toda intervención terapéutica. Meyer y Turkat (1979) han definido la formulación del problema como una teoría clínica que:

> (1) relaciona entre sí todas las quejas del paciente, (2) explica por qué el individuo desarrolló esos problemas, y (3) dada cualquier condición estimular, proporciona predicciones con respecto a la conducta del paciente [p. 261].

Meyer se ha pronunciado en contra del reduccionismo en la terapia de conducta (Meyer y Lidell, 1977) y ha alegado que el análisis funcional clásico no puede considerarse suficiente para entender las diferencias individuales y la complejidad de los problemas; por el contrario, prefiere un sistema conceptual que aborde a la persona total en términos conductuales. De forma ideal, la pregunta final que se ha de contestar en el análisis conductual es: ¿por qué este individuo, en un momento determinado, adquirió estas quejas específicas, cuál es la condición subyacente (si es que hay alguna) de las mismas, y cuál es el valor

funcional de éstas para la vida del sujeto en general? Este análisis incluiría también la clarificación de los factores predisponentes que podrían explicar por qué un sujeto tiende a comportarse de una determinada manera en una situación particular, o por qué una situación específica es más influyente que otra.

Al integrar los datos que se han recogido en la entrevista inicial, esperamos llegar a una amplia formulación que explique la etiología y el mantenimiento de las conductas problema y sea capaz de hacer predicciones para situaciones específicas. Es útil presentar la formulación al paciente y discutirla con él. Al hacer esto se buscaría que el paciente la confirmase; sin embargo, el rechazo se considera también como información útil, ya que podría apuntar hacia inconsistencias que requieren clarificación. Turkat (1986) ha recomendado una serie de pasos para realizar dicha formulación:

1. Informar al paciente que se va a exponer la formulación del problema por parte del clínico y que ella/él debería comentar la precisión de dicha formulación.
2. Expresar cuáles son los problemas que se han planteado.
3. Cuál es el mecanismo del trastorno.
4. Ilustrar cómo este mecanismo está causando todos los problemas planteados.
5. Explicar por qué se han desarrollado estos problemas, utilizando ejemplos proporcionados por el paciente.
6. Enfatizar que dichos problemas son respuestas (en potencia) aprendidas.
7. Presentar el rango de opciones de tratamiento.
8. Discutir todas las consecuencias positivas y negativas que se esperan de cada opción de tratamiento.
9. Predecir obstáculos para una intervención satisfactoria.
10. Expresar si el terapeuta puede tratar o no al paciente y, si no puede, la razón para ello.
11. Pedir al paciente que comente todo lo que se ha dicho hasta ese momento.
12. Pedir al paciente cuál cree que es la mejor opción a seguir.
13. Animar al paciente a que durante una semana más o menos contemple la formulación, sus indicaciones y las opciones de tratamiento.
14. Contestar cualquier pregunta que haga el paciente [p. 125].

Se diseña esta formulación para proporcionar un marco guía para todos los posteriores pasos terapéuticos y permitir sugerir estrategias de tratamiento en términos de prioridades de decisión y de diseño de una metodología apropiada. Por ejemplo, permitiría clarificar si la queja está aislada o si se encuentra apoyada por conductas problemáticas subyacentes que funcionan como variables independientes. También deberíamos ser capaces de explicar por qué algunos individuos son vulnerables a condiciones estresantes, que pueden llevar a una variedad de síntomas, mientras que otros parecen inmunes. En otras palabras, los clínicos que utilizan formulaciones conductuales basadas en un análisis de múltiples niveles no se basan en árboles de decisión diagnóstica o en listas de estímulos estresantes. Para concluir, los factores que contribuyen a una formulación independiente incluyen: 1) el reconocimiento de la especificidad individual,

2) análisis de múltiples niveles guiados por los principios de aprendizaje, y 3) la relación de los síntomas con ansiedades básicas y el estilo de vida. El método experimental aplicado a lo largo de este análisis funciona como un factor de integración.

En las raras ocasiones en las que no se puede lograr una formulación (cuando la información es insuficiente o no se puede obtener), se adopta un enfoque más pragmático. Obviamente, se puede esperar que esto reduzca la eficacia terapéutica en gran medida, especialmente cuando los síntomas se tratan de una manera aislada.

II.9. *La experimentación clínica*

Finalmente, se aplica un método orientado a la investigación para validar la formulación del problema, ya que ésta tiene una importancia fundamental para el resto del procedimiento terapéutico. Obviamente, la experimentación clínica es necesaria como evaluación rutinaria, especialmente en los casos simples en los que los problemas se formulan sin ambigüedad y existe un acuerdo general. En los demás casos se deberían delinear hipótesis precisas que pudieran ser comprobadas por medio de experimentos prácticos realizados bajo condiciones estimulares relevantes. La selección de los procedimientos dependerá de las variables del paciente, de la naturaleza de las hipótesis tal y como han sido sugeridas por la formulación, y de la inventiva del clínico.

De modo más práctico, el clínico debería proporcionar estimulación a lo largo de todas las modalidades conductuales y tomar las mediciones apropiadas que cubran todos los sistemas de respuesta. Como se ha señalado anteriormente, esto puede ser útil para la investigación de patrones de respuesta; por ejemplo, para determinar las discrepancias entre informes verbales y conductas motoras, o para determinar el modo dominante de respuesta.

Esto es importante ya que las interacciones entre sistemas de respuesta son responsables de las falsas representaciones de las competencias o problemas conductuales; algo típico es el etiquetado erróneo de las señales internas, como, por ejemplo, la activación sexual podría percibirse como ansiedad o la activación emocional como enfermedad física. En otras ocasiones, las señales fisiológicas podrían exagerarse, lo que probablemente favorezca el círculo vicioso de la ansiedad por anticipación (operacionalizada como una elevada interacción entre variables cognitivas y autónomas).

Algunas otras medidas relevantes podrían ser también apropiadas. Estas medidas podrían pertenecer al terreno de la información proporcionada por otros individuos implicados, por observaciones en vivo, por datos de autorregistro o por cuestionarios "objetivos", medidas que deberían seleccionarse cuidadosamente y que fuesen relevantes al problema. Naturalmente, la evidencia convergente de múltiples medidas que cubren varias dimensiones proporcionará un fuerte apoyo a la formulación del problema.

Dado que este proceso se considera que es de naturaleza continua, el clínico puede desarrollar y comprobar más hipótesis si obtiene nueva información. En algunas ocasiones, se producen discrepancias y sucede que no se verifican las hipótesis. Esto puede ser causado por varios factores, incluyendo la información errónea para la formulación del problema, una débil formulación y medidas o hipótesis inapropiadas. En algunas circunstancias, la reformulación de las conductas problemáticas se vuelve necesaria y se tiene que repetir la experimentación clínica. Si esto no resuelve el problema, se podrían consultar fuentes adicionales o bien adoptar un enfoque pragmático para el tratamiento.

Finalmente, nos gustaría enfatizar que el procedimiento de la experimentación clínica no se tiene que confundir con las baterías estandarizadas de tests psicodiagnósticos, ya que este enfoque es experimental y está guiado por hipótesis. Ejemplos típicos de experimentación clínica pueden encontrarse en Turkat y Carlson (1984) y en Turkat y Maisto (1985). Una discusión más detallada del método puede encontrarse en Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984).

II.10. *Líneas base y evaluaciones del cambio*

El proceso de establecer y verificar la formulación del problema nos lleva a sugerir medidas apropiadas que confirmen el análisis clínico (algunas de estas medidas pueden ser idénticas a las que se emplean ya en la experimentación clínica), a establecer líneas base apropiadas para la conducta objetivo, y a evaluar el cambio y el resultado terapéutico. De aquí que parezca importante aprovechar todas las dimensiones clínicas relevantes: subjetivo/objetivo, global/específico, a corto/a largo plazo. De forma más detallada, los criterios para el cambio deberían ser evaluados de forma separada por los pacientes y por los terapeutas; debería hacerse referencia a las quejas específicas, así como al ajuste general de la vida y a las interferencias de los síntomas y, finalmente, deberían evaluarse los efectos focalizados de los tratamientos, así como los cambios a largo plazo. Como psicoterapeutas conductuales, rechazamos las baterías estandarizadas de tests psicométricos basadas en la teoría de los rasgos, inapropiadas cuando se está interesado en evaluar el cambio. Además, las teorías sobre los rasgos de personalidad no son consistentes con las suposiciones de la teoría del aprendizaje: las conductas se consideran como fenómenos de aprendizaje que pueden variar dependiendo del estímulo y de las condiciones de reforzamiento.

III. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Consideramos la entrevista como un método que va más allá de la mera recogida de datos para el análisis conductual. Otro aspecto importante es el establecimiento y la mejora de la relación terapéutica. Esta cuestión ha sido olvidada

anima a los pacientes a que intervengan si los debates se vuelven poco claros o confusos o si piensan que se les ha entendido mal. La atmósfera se mantiene generalmente relajada y hay también tiempo para bromas, que pueden tener efectos agradables, contracondicionantes, sobre la aprensión o incluso la tensión de los pacientes. Quizás, más que en el caso de otras orientaciones, preferimos un paciente activo y motivado, que es tratado como un compañero para conseguir un análisis conductual, una formulación del problema y un programa de tratamiento. Esto implica que cada paso significativo se discuta con el paciente y que solamente se continúe si se ha alcanzado un total acuerdo. También consideramos importante tomar en cuenta el punto de vista del paciente. En primer lugar, esto incluye la discusión de la formulación, que tiene que presentarse al paciente de una manera comprensible. Posteriormente, en el programa de tratamiento, se explica a los pacientes la base del tratamiento y en una etapa intermedia se les anima, o incluso se les incita, a que diseñen y realicen sus propios programas. Obviamente, la entrevista inicial puede considerarse como la piedra angular para el desarrollo de esas relaciones constructivas, que tratan fundamentalmente de implicar y motivar al paciente. Finalmente, al desarrollar las relaciones terapéuticas, el clínico asume un papel facilitador crucial. Debido a las diferencias individuales en personalidad y en las conductas problema, deberían evitarse a toda costa papeles estandarizados. Para concluir, el papel del terapeuta es guiado mejor por la formulación del problema, decidiendo, por ejemplo, si se debe adoptar un estilo directivo o no directivo.

IV. CONCLUSIONES

Resumiendo, la entrevista analítica conductual es un proceso dinámico, innovador y orientado hacia el objetivo, que implica y se apoya en cuerpos relacionados de conocimiento cuando es necesario. Implica una recogida de información y una comprobación de hipótesis de forma continua y está guiada en todo momento por los principios de la psicología experimental en general y por los principios del aprendizaje en particular.

El propósito de este capítulo ha sido el de ofrecer una breve introducción a este procedimiento. Todos somos conscientes de que la conducta humana es increíblemente compleja y que cualquier modelo psicológico tendrá graves limitaciones para explicar y predecir conductas específicas, como los problemas clínicos. Sin embargo, alegamos que este enfoque ha sido establecido como un método clínico útil con un valor heurístico. Una descripción más detallada de la entrevista inicial puede encontrarse en Turkat (1986).

Pensamos también que la entrevista conductual, debido a su importante papel en el proceso terapéutico, debería ser una parte integral de los programas docentes y de supervisión. Por consiguiente, es necesario ofrecer transparencia

tanto al paciente como al estudiante y dirigir la entrevista de una manera democrática para permitir la implicación de todas las partes interesadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruch, M. H. (1988). *The self-schema model of complex disorders*. Regensburg. S. Roederer.
Carey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A. y Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology, 15*, 519-527.
Goldfried, M. R. (Comp.) (1982). *Converging themes in psychotherapy: trends in psychodinamic, humanistic, and behavioral practice*. Nueva York. Springer.
Goldfried, M. R. (1992). Psychotherapy integration: a mid-life for behavior therapy. *Behavior Therapist, 15*, 38-42.
Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York. Holt, Rinehart and Winston.
Kanfer, F. H. y Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. Nueva York. Wiley.
Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 12*, 529-538.
Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. Bergin y S. Garfield (Comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York. Wiley.
Lazarus, A. L. (1981). *Multimodal therapy*. Nueva York. McGraw-Hill.
Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal Psychology, 55*, 261.
Meyer, V. (1970). Comments on Yates: misconceptions about behavior therapy. A point of view. *Behavior Therapy, 1*, 108-112.
Meyer, V. (1975). The impact of research on the clinical application of behavior therapy. En R. I. Thompson y W. S. Dockens (Comps.) *Applications of behavior modification*. Nueva York. Academic Press.
Meyer, V. y Lidell, A. (1977). Behavioral interviews. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment*. Nueva York. Wiley.
Meyer, V. y Reich, B. (1978). Anxiety management. The marriage of physiological and cognitive variables. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 177-182.
Meyer, V. y Turkat, I. D. (1979). Behavioral analysis of clinical cases. *Journal of Behavioral Assessment, 1*, 259-269.
Miller, J. G. (1971). The nature of living systems. *Behavior Science, 16*, 277-301.
Rachman, S. y Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 311-318.
Stuart, R. B. (1970). *Trick or treatment: how or when psychotherapy fails*. Champaign, Illinois. Research Press.

Turkat, I. D. (1979). The behavior analysis matrix. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 8*, 187-189.
Turkat, I. D. (1986). The behavioral interview. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment (2.ª edición)*. Nueva York. Wiley.
Turkat, I. D. y Brantley, P. J. (1981). On the therapeutic relationship in behavior therapy. *Behavior Therapist, 4*, 16-17.
Turkat, I. D. y Carlson, C. R. (1984). Symptomatic versus data based formulation of treatment: the case of a dependent personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 15*, 153-160.
Turkat, I. D. y Maisto, S. A. (1985). Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. En D. H. Barlow (Comp.) *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York. Guilford Press.
Turkat, I. D. y Meyer, V. (1982). The behavior-analytic approach. En P. Wachtel (Comp.) *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. Nueva York. Plenum Press.
Wolpe, J. y Turkat, I. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. En I. D. Turkat (Comp.) *Behavioral case formulation*. Nueva York. Plenum Press.
Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*, 151-175.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1988). *Interviewing strategies for helpers (2.ª edición)*. Monterrey, California. Brooks/Cole.
Kanfer, F. H. y Schefft, B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, Illinois. Research Press.
Morganstern, K. P. (1988). Behavioral interviewing. En A. S. Bellack y M. Hersen (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición)*. Nueva York. Pergamon Press.
Turkat, I. D. (1986). The behavioral interview. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment (2.ª edición)*. Nueva York. Wiley.

6. LOS CUESTIONARIOS DE AUTOINFORME EN LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

BERNARD J. JENSEN

I. INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata sobre los cuestionarios clínicos de autoinforme en la evaluación conductual. Su objetivo es proporcionar una revisión de una serie de cuestiones importantes para el uso apropiado de este enfoque de evaluación.

Numerosos autores han intentado resumir las diferencias entre los enfoques de evaluación conductual y tradicional (Goldfried y Kent, 1972; Mash y Terdal, 1976; Hartmann, Roper y Bradford, 1979; Nelson y Hayes, 1986; Barrios, 1988). Sin embargo, conforme la terapia de conducta ha crecido y cambiado en los últimos 30-35 años, los límites entre los enfoques conductual y no conductual se han vuelto cada vez más "permeables" (Haynes, 1984).

Como consecuencia, a veces es difícil discriminar entre cuestionarios "conductuales" y "no conductuales". Con seguridad, muchos de los cuestionarios desarrollados y utilizados por los terapeutas de orientación conductual son más específicos a la situación que los inventarios de personalidad tradicionales como el *Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)*. Además, los formatos de opción de respuesta en muchos cuestionarios "conductuales" permiten que los pacientes seleccionen entre opciones conductuales específicas, de modo consistente con un constructo conductual.

Sin embargo, ¿concluiríamos que el *Beck depression inventory, BDI* [Inventario de depresión de Beck] (Beck y cols., 1961) es un cuestionario conductual? Por una parte, el *BDI* lo utilizan frecuentemente los terapeutas de conducta que trabajan con pacientes deprimidos y normalmente se incluye y se describe en los capítulos que tratan sobre la evaluación conductual de la depresión (Carson, 1986; Rehm, 1988). Pero, por otra parte, dicho cuestionario se desarrolló originalmente para ser administrado por entrevistadores clínicos, se centra únicamente en determinados síntomas (especialmente cognitivos) de la depresión y no es, en absoluto, situacionalmente específico.

De este modo, puede que muchos de los cuestionarios que se utilizan hoy día en la evaluación conductual no se ajusten siempre a los supuestos de un

---

University of Central Florida (EE UU).

Me gustaría expresar mi agradecimiento al profesor V. E. Caballo por su traducción del capítulo y a Jennifer Irvin por su ayuda en la preparación del manuscrito.

constructo conductual. Afortunadamente, cuando los evaluadores conductuales utilizan cuestionarios de autoinforme, dichos instrumentos no constituyen las únicas fuentes de información, ya que la evaluación a través de diversos métodos se ha convertido en la norma. Como consecuencia, la información obtenida a partir de los cuestionarios de autoinforme puede compararse con, o clarificarse por, la información resultante de otros enfoques de evaluación. Por consiguiente, aunque la metodología de los cuestionarios de autoinforme se ha sacado de enfoques de evaluación clínica más tradicionales y las distinciones entre distintas clases de cuestionarios (conductual frente a no conductual) son difusas, los cuestionarios de autoinforme pueden jugar un importante papel en las múltiples y variadas funciones de la evaluación conductual.

En el presente capítulo se expondrá en primer lugar una revisión histórica del empleo de los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. A continuación, se describirá toda una serie de ventajas asociadas a los cuestionarios de autoinforme. Después de justificar la relevancia de los enfoques de evaluación nomotética en la evaluación conductual, se revisarán distintos conceptos psicométricos tradicionales (por ejemplo, fiabilidad y validez). Finalmente, se realizará una discusión sobre cómo los cuestionarios de autoinforme pueden cumplir varias funciones en la evaluación conductual (por ejemplo, selección de conductas objetivo, diseños de programas de intervención y evaluación de la efectividad del tratamiento), incluyendo también varias sugerencias para mejorar el empleo de los cuestionarios.

II. REVISIÓN HISTÓRICA

Durante los 10 ó 15 primeros años de la historia de la terapia de conducta, los clínicos mostraron poco interés por desarrollar y emplear los cuestionarios como fuentes básicas para obtener información relativa a la evaluación. Los terapeutas de conducta preferían métodos de evaluación más "objetivos", confiando especialmente en la observación de la vida real como una fuente esencial para conseguir información relativa a la evaluación. Relacionado con lo anterior estaba también que los terapeutas de conducta mostraban una notable preferencia por los métodos de evaluación "directos" frente a los "indirectos". Los métodos que evalúan las conductas problema en el momento y en el lugar de su ocurrencia real se dice que son métodos directos, mientras que los métodos que lo hacen en otro tiempo y/o en otro lugar se denominan métodos indirectos (Barrios, 1988). Los cuestionarios (junto con las entrevistas y las evaluaciones retrospectivas por los demás) constituyen métodos indirectos de evaluación.

Finalmente, los terapeutas de conducta tienden a asumir que los cuestionarios de autoinforme (y otros métodos subjetivos de autoinforme como la entrevista) son susceptibles, de forma inherente, a un gran número de factores de

sesgo. Entre estos factores se encuentran el olvido, el engaño y la deseabilidad social (Anastasi, 1988).

Además de estos aspectos negativos, otra variable que contribuyó al uso limitado de los cuestionarios en la primera etapa de la evaluación conductual fueron las suposiciones de la teoría de los rasgos referentes al uso de los cuestionarios. A lo largo de la historia de la psicología, los teóricos de la personalidad han desarrollado numerosos cuestionarios para evaluar la "cantidad" que posee un individuo de un determinado rasgo (por ejemplo, el *locus* de control interno o la necesidad de logro). Sin embargo, históricamente, los terapeutas de conducta han sido bastante críticos con estas posiciones, prefiriendo adoptar puntos de vista situacionales (o al menos interaccionistas) sobre la conducta. De este modo, el énfasis de la evaluación conductual se ha puesto en la evaluación de lo que una persona hace en vez de evaluar lo que una persona tiene (Mischel, 1968).

Aunque pueden existir todavía estos sesgos contra los cuestionarios entre algunos terapeutas de conducta, no hay duda de que la práctica de la terapia de conducta en la clínica ha adoptado progresivamente el uso de una amplia variedad de medidas de autoinforme. La entrevista, los procedimientos de autorregistro y los cuestionarios de autoinforme se encuentran entre los enfoques de evaluación más frecuentemente utilizados por los terapeutas de conducta clínicos en Estados Unidos (Swan y MacDonald, 1978; Wade, Baker y Hartmann, 1979).

Está fuera del alcance de este capítulo enumerar la gran cantidad de cuestionarios que se han desarrollado para ayudar a los terapeutas de conducta contemporáneos a evaluar y tratar toda una serie de problemas. Sin embargo, otros capítulos de este libro servirán, sin duda, para apoyar la cuestión general de la proliferación relativa al desarrollo y empleo de cuestionarios. Se anima al lector interesado en el uso de estos instrumentos con problemas específicos (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, etc.) a que consulte los capítulos específicos de este manual y de otras fuentes (Haynes y Wilson, 1979; Barlow, 1981; Ciminero, Calhoun y Adams, 1986; Bellack y Hersen, 1988; Mash y Terdal, 1988) si quiere obtener una mayor información.

III. VENTAJAS DE LOS CUESTIONARIOS DE AUTOINFORME

Existen numerosas ventajas asociadas con el uso de los cuestionarios de autoinforme, y es probable que muchos de estos factores hayan contribuido directamente al uso cada vez mayor de los cuestionarios en la evaluación conductual. En primer lugar, los cuestionarios tienen una elevada razón coste-eficacia; se puede obtener una gran cantidad de información con una inversión mínima del tiempo del paciente o del terapeuta. Segundo, los cuestionarios son fáciles de puntuar de manera objetiva, eliminando la necesidad de inferencias por parte de

la persona que los pasa. Tercero, los cuestionarios utilizados en la evaluación conductual poseen normalmente "validez aparente" (es decir, el cuestionario parece medir aquello para lo que fue desarrollado), proporcionando una contribución positiva a la confianza y a la relación entre el clínico y el paciente. Cuarto, como ya se ha mencionado sucintamente, los cuestionarios se han desarrollado para evaluar una amplia variedad de problemas objetivo y pueden utilizarse para un gran número de poblaciones de pacientes. Quinto, los cuestionarios son potencialmente apropiados para evaluar los tres componentes empleados en la evaluación del triple sistema de respuesta.

En la evaluación conductual se ha enfatizado esta evaluación del triple sistema de respuesta, en contraste con las denominadas "torpes teorías" de la personalidad (Lang, 1968). En la evaluación del triple sistema de respuesta, el clínico está interesado en determinar los aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de la conducta del paciente. Por ejemplo, en el contexto de una fobia específica, un clínico estaría interesado en obtener información sobre los síntomas motores (por ejemplo, temblar, ralentizar el paso o la conducta de evitación), los síntomas fisiológicos (aumento de la tasa cardíaca o quedarse sin respiración), y los síntomas cognitivos (por ejemplo, habla negativa con uno mismo o imágenes relativas a consecuencias peligrosas). Especialmente a la luz del reciente aumento de las influencias cognitivas en la terapia de conducta, se emplean los métodos de evaluación por medio del autoinforme (incluyendo, pero no limitándose, a los cuestionarios) debido a que proporcionan los medios principales para obtener información relativa a estos determinantes privados/internos de los problemas objetivo. Así, debido a todas las razones que acabamos de mencionar, es probable que los cuestionarios continúen siendo una importante fuente de información en la terapia de conducta.

IV. ENFOQUES IDIOGRÁFICOS FRENTE A ENFOQUES NOMOTÉTICOS

Una de las supuestas características distintivas de la terapia de conducta es su énfasis en el caso individual, el denominado enfoque "idiográfico". Este enfoque se ha comparado con enfoques tradicionales de evaluación que se centran en las diferencias entre los miembros de un grupo, el denominado enfoque "nomotético". Según algunos autores (Cone, 1981; Nelson, 1983), el enfoque nomotético de evaluación tiene poca relevancia para la terapia de conducta. Sin embargo, especialmente cuando tratamos con cuestionarios de autoinforme clínicos, tenemos que familiarizarnos y utilizar muchos de los principios desarrollados dentro de la tradición nomotética.

Como se ha señalado anteriormente, la utilización de cuestionarios de autoinforme es consistente con un enfoque más tradicional de evaluación, o lo que Cone (1988) denomina enfoque nomotético-de rasgos. Para algunos terapeutas de conducta (radicales) este enfoque puede ser difícil de aceptar, pero tal

como consideran Barrios y Hartmann (1986), muchos de los conceptos, temas y metodologías del enfoque de la evaluación tradicional tienen contribuciones que hacer a la evaluación conductual. De este modo, el conocimiento de muchos de los principios nomotéticos para la construcción y el empleo de cuestionarios extraídos de los paradigmas de la evaluación tradicional, son perfectamente apropiados para los terapeutas de orientación conductual. De forma clara, una de las perspectivas conceptuales y nomotéticas relativas a la utilización de cuestionarios implica a la "tradición psicométrica".

V. CUESTIONES PSICOMÉTRICAS

La psicometría se refiere a la aplicación de procedimientos matemáticos y de medición a los fenómenos psicológicos, en general, y a los tests mentales, en particular. La familiaridad con muchos de los principios psicométricos implicados en la construcción y análisis de cuestionarios permitirá al clínico emplear apropiada y satisfactoriamente los métodos de evaluación por medio del autoinforme. Entender estas cuestiones psicométricas ayudará al clínico a seleccionar cuestionarios más válidos y fiables, a utilizar de forma más apropiada los datos obtenidos por medio de ellos y, por consiguiente, a realizar la evaluación conductual de forma que tenga como resultado un tratamiento más eficaz.

V.1. *Fiabilidad*

La fiabilidad es un término utilizado para referirse a la estabilidad o a la consistencia de los resultados de la evaluación. Normalmente nos interesan dos tipos de fiabilidad en los cuestionarios de autoinforme: la consistencia interna y la fiabilidad test-retest.

La fiabilidad de la consistencia interna se refiere al grado en que los ítems de un cuestionario están relacionados entre sí. La fórmula que se ha utilizado más a menudo para calcular esa consistencia ha sido la técnica denominada fiabilidad de las dos mitades. En este enfoque, los ítems del cuestionario se dividen en dos partes (por ejemplo, ítems pares contra ítems impares) y se correlacionan las puntuaciones de estas dos mitades (utilizando a menudo la corrección Spearman-Brown). Cronbach (1951) desarrolló una fórmula para calcular el "coeficiente alfa", que es la media de todos los posibles coeficientes de correlación de las dos mitades. Este número es conceptualmente equivalente a la cantidad de varianza atribuible a factores comunes entre los ítems de los tests o, en otras palabras, el coeficiente alfa es un índice de la homogeneidad de los ítems del cuestionario. Puesto que muchos de los cuestionarios utilizados en la evaluación conductual se emplean para evaluar un único constructo (por ejemplo, asertividad), es esencial un elevado grado de homogeneidad. Además, incluso cuando

un cuestionario evalúa varios constructos relacionados usando subescalas separadas, es necesaria la homogeneidad dentro de los ítems de la subescala.

La segunda clase de fiabilidad que debe interesar a los clínicos de orientación conductual que utilizan cuestionarios es la fiabilidad test-retest. Ésta implica determinar el grado de consistencia de los resultados obtenidos al pasar los cuestionarios en una ocasión y en otra posterior. Normalmente, el intervalo de tiempo entre las dos ocasiones en las que se pasan los cuestionarios debe ser relativamente breve, ya que cuanto más largo sea el intervalo menos estables serán los resultados. Aunque la especificidad situacional de la conducta es una suposición básica de la terapia de conducta, muchos patrones de comportamiento muestran estabilidad temporal (Bem y Allen, 1974; Epstein, 1979, 1980). Por consiguiente, seleccionar cuestionarios de autoinforme con una fiabilidad test-retest demostrada es una consideración importante en la evaluación conductual.

V.2. *Validez*

En este contexto, la validez se refiere al grado en que un cuestionario evalúa aquello para lo que fue construido. Aunque es importante considerar la fiabilidad de los cuestionarios de autoinforme, la fiabilidad es un criterio necesario, pero no suficiente, para la validez (es decir, un test puede ser fiable pero no válido). A menudo se ha hablado en psicometría de varias clases de validez; dos de los aspectos más importantes de la validez son la validez de contenido y la validez en relación con el criterio. La validez de contenido se refiere al grado en que los ítems de un cuestionario muestrean el constructo que se está evaluando. A diferencia de las consideraciones (y demás cuestiones psicométricas) señaladas anteriormente con respecto a la fiabilidad, la validez de contenido se determina normalmente de manera subjetiva o cualitativa, en vez de un modo objetivo o cuantitativo. Una de las formas más frecuentes para determinar la validez de contenido consiste en preguntar a expertos en el campo que evalúen el grado en que los ítems incluidos en un cuestionario son representativos y apropiados. Este método es superior a fiarse simplemente de las impresiones de quien desarrolló el cuestionario, que podría pasar por alto ítems relacionados con áreas importantes o incluir ítems que no son relevantes.

La validez de contenido puede aumentarse obteniendo información de múltiples fuentes cuando se generan inicialmente ítems para un cuestionario. La primera parte del enfoque analítico conductual de Goldfried y D'Zurilla (1969), la fase del análisis situacional, proporciona un ejemplo de esta metodología. Al utilizar un análisis situacional se obtienen ítems de áreas de contenido relevante a partir de un gran número de sujetos objetivo, de sus iguales y otras personas significativas, y de profesionales del campo. El muestreo de un amplio rango de individuos puede ayudar a aumentar la probabilidad de que la validez de contenido del cuestionario sea elevada.

La validez en relación con el criterio se refiere al grado en que una medición

V.3. *Análisis factorial*

El análisis factorial es un procedimiento estadístico para agrupar una serie de variables (en este caso, ítems de un cuestionario) en número menor de ellas que compartan la mayor cantidad de varianza común (Cattell, 1978). Uno de los propósitos que el análisis factorial cumple en la construcción y evaluación de los cuestionarios consiste en crear subescalas a partir del número total de ítems del cuestionario global.

Como se ha señalado anteriormente, al utilizar la suma de las puntuaciones de los cuestionarios, los terapeutas de conducta están adoptando implícitamente un punto de vista de la conducta humana basado en los rasgos. Así, una puntuación de 92 en un cuestionario que mide asertividad (por ejemplo, la *College self-expression scale*, CSES [Escala de autoexpresión universitaria] de Galassi, DeLo, Galassi y Bastien, 1974) puede interpretarse que significa que el individuo posee "92 unidades de asertividad". Sin embargo, por medio del análisis factorial se ha determinado que la CSES contiene ítems de aserción tanto "positiva" como "negativa". Así, el evaluador obtendría información específica más consistente con una perspectiva conductual de la evaluación, al saber que 60 de los 92 puntos provienen de los ítems de "aserción negativa", mientras que sólo 32 provienen de los ítems de "aserción positiva" (Caballo, 1993).

A menudo, si se han realizado investigaciones sobre el análisis factorial (y los factores pueden relacionarse también con la "estructura lógica"), raramente se emplea la puntuación total. Un ejemplo aplicado al área de los conflictos maritales es el *Relationship beliefs inventory*, *RBI* [Inventario de creencias sobre la relación] (Epstein y Eidelson, 1981; Eidelson y Epstein, 1982). El *RBI* contiene cinco subescalas que se obtuvieron por medio del análisis factorial; el empleo más frecuente del cuestionario se centra en las puntuaciones de las subescalas. En este enfoque, se pueden identificar y modificar las "ideas disfuncionales sobre la relación" específicas, en vez de utilizar una posición global para cambiar el pensamiento "irracional" (véase en este mismo libro el capítulo de Arias y Byrne).

V.4. *Datos relativos a las normas*

Como se ha señalado anteriormente, los cuestionarios cumplen funciones nomotéticas e idiográficas dentro de la evaluación conductual. Una de las maneras en las que se evoca la tradición nomotética es por medio de la referencia a la posición relativa de un individuo respecto a algún grupo sobre el que se conozcan las normas. Los evaluadores conductuales no siempre han estado interesados en este aspecto de los resultados de los cuestionarios, pero atender a los hallazgos relativos a las normas es útil para varios propósitos (Hartmann y cols., 1979; Barrios y Hartmann, 1986).

Los hallazgos de los cuestionarios de autoinforme pueden sugerir que la conducta del paciente es claramente deficiente o excesiva si se compararan los resultados con las normas del grupo. Además, se pueden determinar objetivos para el tratamiento o expectativas razonables para el cambio a partir de la información relativa a las normas. Igualmente, se pueden comparar sujetos de diferentes estudios o muestras con respecto a sus puntuaciones en los cuestionarios que han hecho referencia a las normas. Finalmente, se puede utilizar la información relativa a las normas como un criterio para las evaluaciones de validación social al mostrar que los cambios que resultan de la terapia son clínicamente significativos.

De este modo, es importante que aquellos que desarrollan nuevos cuestionarios para su uso en terapia de conducta recojan información relativa a las medias y las desviaciones típicas para muestras específicas. De igual manera, quienes utilizan cuestionarios deberían llegar a conclusiones sobre el significado de los resultados comparándolos con normas conocidas. Sin embargo, es muy importante asegurarse que la información relativa a las normas se utiliza de modo apropiado para distintas muestras de sujetos. Como ha señalado Anastasi (1988), las normas son relativas y flexibles, en vez de permanentes o absolutas. Por lo tanto, deben evaluarse las características de la muestra sobre la que se poseen normas cuando se realicen comparaciones y a menudo será necesaria la consideración de las normas del subgrupo específico. Muchos de los cuestionarios de orientación conductual que se emplean en Estados Unidos se han creado en ambientes académicos con estudiantes universitarios blancos, de clase media, como sujetos. Como consecuencia, el empleo de estos cuestionarios con poblaciones clínicas puede conducir a importantes errores de interpretación.

También tienen una relevancia especial las cuestiones culturales y lingüísticas. Conforme la sociedad de Estados Unidos se vuelve más variada racial y culturalmente, tenemos que asegurarnos que se lleven a cabo comparaciones con grupos apropiados sobre los que se posean normas. Además, traducir únicamente los cuestionarios de un idioma a otro y utilizar los "datos relativos a las normas" de la muestra de estandarización original puede llevar a errores en la evaluación.

VI. FUENTES DE ERROR EN LOS CUESTIONARIOS

Numerosas variables pueden afectar a la validez de la información obtenida por los cuestionarios. Entre estas variables se encuentran la deseabilidad social, las características de la población, las características de "exigencia" de la situación de evaluación, las influencias reactivas, los sesgos de respuesta y otros factores asociados con el contexto de la administración de los cuestionarios o con los cuestionarios mismos. El grado en que el clínico comprenda e influya sobre estas variables tendrá un impacto sobre la fiabilidad de la información obtenida

por los cuestionarios. Por consiguiente, se describirán brevemente cada uno de los factores anteriores.

Cuando se desarrollan cuestionarios para evaluar información socialmente relevante (por ejemplo, ajuste marital, abuso de sustancias, etc.), el deseo del paciente de aparecer con un tono positivo puede producir una información menos precisa. Estas influencias de deseabilidad social dan normalmente como resultado una mayor información de conductas positivas y una menor información de conductas negativas. También, como se ha señalado anteriormente, la mayoría de los cuestionarios empleados en la evaluación conductual posee validez aparente. Por consiguiente, los individuos que deseen presentar, a sabiendas, una falsa imagen de sí mismos pueden producir fácilmente información que disminuya la probabilidad de percepciones negativas, comprometiendo de esta manera la precisión del proceso de evaluación.

Las características de la población pueden también tener su impacto sobre la validez de los informes del cuestionario. Consistente con esta posición, se piensa que los miembros de determinados grupos de diagnóstico proporcionarán normalmente información poco fiable. Por ejemplo, entre los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad antisocial se encuentra un desprecio de la verdad. Por consiguiente, es de esperar una elevada frecuencia de autoinformes inadecuados provenientes de individuos con este diagnóstico.

Una tercera variable que puede influir sobre la validez de la información obtenida por los cuestionarios implica a las características de exigencia de la situación de evaluación. Según Orne (1969), este concepto se refiere a los estímulos que influyen sobre la percepción de una persona con respecto a la naturaleza de una situación. Así, en un contexto de evaluación clínica, las personas que desean recibir compensación por sus problemas psicológicos pueden estar motivadas para sobreinformar acerca de su psicopatología, mientras que los que son remitidos por la justicia pueden comunicar menos problemas.

Otra fuente potencial de error en los datos de los cuestionarios implica las influencias reactivas; éstas se refieren al procedimiento mismo de evaluación que modifica la conducta objetivo que se está evaluando. Las influencias reactivas se han estudiado principalmente en el contexto de otros métodos de evaluación conductual (por ejemplo, autorregistro) y se ha dedicado poca atención a las posibles influencias reactivas asociadas con el uso de cuestionarios de autoinforme. Sin embargo, es poco probable que cuando se administran cuestionarios de modo regular, la conducta que se está evaluando cambie simplemente por razones relacionadas con la evaluación continua.

Una fuente de error adicional en la evaluación por medio de cuestionarios se centra en el sesgo de respuesta, que se refiere a la posibilidad de una dependencia consecutiva de las respuestas de un individuo a los ítems del cuestionario. Esto significa que una respuesta a un ítem puede influir sobre la respuesta al siguiente ítem y reducir así la validez de la información obtenida por el cuestionario. Dos recomendaciones específicas para disminuir la posibilidad del sesgo de respuesta implican alternar o variar los ítems que se formulan positivamente con

tud de las distintas conductas. Desafortunadamente, los cuestionarios no proporcionan normalmente información con este grado de especificidad.

Con demasiada frecuencia, toda la información obtenida por un cuestionario es una única puntuación total. Supuestamente esta puntuación es un índice cuantitativo del grado en que una determinada área problema (por ejemplo, depresión) es relevante para un paciente, o la probabilidad de que el paciente emita una conducta que ha elegido entre varias (por ejemplo, aserción apropiada). Sin embargo, estas puntuaciones no proporcionan suficiente información específica relativa a los parámetros o a los determinantes situacionales de las conductas problema del paciente.

Una mayor atención a las puntuaciones de las subescalas del cuestionario podría mejorar esta situación. Muchos cuestionarios evalúan realmente varias dimensiones de una conducta problema y la utilización de una única puntuación resumen en un instrumento compuesto por muchos factores es inapropiada. Las puntuaciones de las subescalas pueden ser obtenidas de forma lógica o, aún mejor, de forma empírica (por ejemplo, por medio del análisis factorial), con el fin de proporcionar una información cuantitativa más específica, relevante para un punto de vista conductual de distintos trastornos. Por ejemplo, un índice general de "asertividad" es menos útil que índices separados de «rechazo de peticiones poco razonables», «expresión de emociones positivas» y «desacuerdo con el punto de vista de otra persona» (Caballo, 1993).

La especificidad de la información obtenida por los cuestionarios es también una función del tipo de opción de respuesta utilizado. Los evaluadores conductuales han empleado cuestionarios con una variedad de formato de respuesta, incluyendo listas, opciones verdadero-falso, respuestas a lo largo de una escala y afirmaciones con las que se está o no de acuerdo. Con el fin de que los cuestionarios proporcionen información más específica relativa a la frecuencia, duración, gravedad, intensidad o magnitud de distintas conductas, las opciones de respuesta deberían reflejar este énfasis específico.

Sería también beneficioso un aumento de la atención sobre temas de validez de contenido, que tengan en cuenta la naturaleza multimodal de los problemas de conducta. Si utilizamos ejemplos del área de la depresión, cuestionarios que son muy empleados actualmente, como el BDI o la *Depression adjective checklist* [Lista de adjetivos sobre la depresión] de Lubin (1967), muestrean información relativa a solamente uno o dos aspectos de la conducta deprimida (por ejemplo, síntomas cognitivos o afectivos) (Rehm, 1981, 1988). Si aumentamos el número de áreas evaluadas por un cuestionario (por ejemplo, los patrones de interacción social, los refuerzos sociales de la conducta deprimida), se podría obtener un análisis más amplio y comprensivo de estas conductas.

A pesar de las limitaciones de los cuestionarios de autoinforme como herramientas para identificar y seleccionar las conductas meta resaltadas por estas sugerencias, los cuestionarios cumplen claramente ese objetivo como componentes de un enfoque de evaluación multimodal.

VII.2. *Diseño de programas de intervención*

Una segunda función de los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual es ayudar al diseño de programas de intervención, existiendo una serie de factores relevantes para esta compleja tarea de toma de decisiones; entre éstos se encuentran los siguientes: las conductas objetivo seleccionadas, las preferencias subjetivas del terapeuta, la información que se obtiene del paciente y los hallazgos de la investigación relativos a la eficacia comparada de diferentes programas de intervención (Cormier y Cormier, 1991). Dos factores concretos pueden ser importantes para seleccionar enfoques específicos de tratamiento: la comprensión de las variables que controlan los problemas objetivo y la aceptabilidad de distintos enfoques de intervención. Los cuestionarios pueden jugar un papel en proporcionar información relativa a estos dos factores.

Los terapeutas de conducta han puesto históricamente un gran énfasis en el determinismo ambiental y en el control situacional de la conducta (Mischel, 1968; Goldfried y Linehan, 1977; Haynes, 1983). Sin embargo, el concepto de determinismo ambiental estricto ha sido reemplazado por un modelo interaccionista que enfatiza el determinismo recíproco (Bandura, 1977, 1978). Este enfoque reconoce que no sólo el ambiente influye sobre la conducta del individuo, sino que la conducta del individuo cambia también el ambiente. Aunque existen varios modelos, el modelo E-O-R-C de Goldfried y Sprafkin (1976) considera la interacción entre variables cognitivas, emocionales y fisiológicas complejas que controlan la conducta.

La información sobre estas variables controladoras se puede obtener por medio de cuestionarios. Sin embargo, el nivel actual de sofisticación para identificar la relación entre respuestas conductuales y variables controladoras por medio de los cuestionarios de autoinforme no es precisamente grande. Una de las limitaciones del empleo de cuestionarios para identificar las variables controladoras es su insuficiente especificidad. Se recomienda que los ítems de los cuestionarios incluyan más información sobre posibles factores situacionales, cognitivos, emocionales y fisiológicos que controlan los problemas de conducta. De esta forma, los programas de intervención pueden centrarse en la modificación de aquellas variables que sean más importantes para las conductas objetivo identificadas. Por ejemplo, en el grado en que un cuestionario revele la presencia de procesos cognitivos desadaptativos, se pueden seleccionar estrategias de intervención que modifiquen estos procesos y las conductas problema con las que covaríen.

Una segunda variable que influye sobre el diseño de los programas de tratamiento es la aceptabilidad de potenciales enfoques de intervención. La aceptabilidad del tratamiento se refiere a las evaluaciones subjetivas hechas por los pacientes sobre variables tales como la eficacia y la adecuación de las estrategias de intervención. Kazdin (1977) y Wolf (1978) creen que no es suficiente que las intervenciones conductuales sean eficaces, también tienen que ser muy aceptables.

ción de medidas relativamente insensibles puede dar como resultado conclusiones erróneas sobre los efectos de la terapia.

Una buena razón para utilizar cuestionarios con el fin de evaluar los resultados del tratamiento, implica el hallazgo frecuente del fraccionamiento de la respuesta (o desincronía) en la evaluación conductual. Esto se refiere al hecho de que la evaluación del triple sistema de respuesta en los problemas de conducta no da frecuentemente como resultado un alto grado de covariación entre los aspectos motores, fisiológicos y cognitivos del funcionamiento del paciente. El uso de un enfoque de evaluación multimétodo-multiconductas (Cone, 1979) puede ayudar a evaluar las covariaciones entre los tres sistemas de respuesta. Los métodos basados en los cuestionarios pueden emplearse para evaluar los tres contenidos en una serie de conductas. De este modo, los cuestionarios de autoinforme son especialmente apropiados como un método de evaluación para abordar los resultados de la intervención.

VIII. RECOMENDACIONES SOBRE EL EMPLEO DE CUESTIONARIOS DE AUTOINFORME EN LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

En el presente capítulo se ha revisado una serie de cuestiones conceptuales relevantes para la construcción, selección y utilización de cuestionarios en la evaluación conductual. Uno de los principales objetivos ha sido familiarizar al lector con estos temas, de modo que se puedan lograr aplicaciones e interpretaciones más válidas de este método de evaluación conductual. Seguidamente haremos varias sugerencias específicas para aumentar la fiabilidad de los datos obtenidos por los cuestionarios de autoinforme.

a. Emplear cuestionarios como una fuente, pero no la única, para la obtención de información relativa a la evaluación. Los cuestionarios se utilizan de forma más apropiada como parte de un enfoque de evaluación multimétodo.

b. Usar cuestionarios con fiabilidad comprobada. Se debería tener en cuenta tanto la estabilidad temporal como la consistencia interna.

c. Considerar la validez de contenido de los cuestionarios disponibles. Los cuestionarios con especificidad insuficiente o aquellos que evalúan áreas demasiado amplias o demasiado restringidas, o los que no son consistentes con un constructo conductual pueden tener una utilidad limitada.

d. Considerar la "validez en relación con el criterio" de los cuestionarios disponibles. Es esencial la relación demostrada entre la información proporcionada por los cuestionarios y las conductas emitidas en el ambiente real.

e. Considerar la sensibilidad de los cuestionarios disponibles. La evaluación sensible ante los aspectos cognitivos, motores y fisiológicos es frecuentemente deseable.

f. Utilizar cuestionarios que posean normas establecidas para la población

de interés. Es necesario recoger información relativa a las normas para subgrupos.

g. Emplear las puntuaciones de las subescalas además de las puntuaciones totales o resumen. El análisis factorial proporciona un método empírico para obtener estas subescalas.

IX. CONCLUSIONES

Históricamente, muchos terapeutas de conducta han considerado a la información obtenida por los cuestionarios de autoinforme como no válida y poco fiable. Sin embargo, en la última década, una serie de factores ha contribuido a un gradual aumento del uso de los cuestionarios en la evaluación conductual. Este aumento ha permitido que se preste una mayor atención al estudio empírico de distintos instrumentos de autoinforme. Como consecuencia, parece probable que los cuestionarios de autoinforme continúen utilizándose como uno de los enfoques de evaluación más importantes dentro de los programas de evaluación conductual multimétodo.

Una de las principales limitaciones del enfoque de la evaluación por medio de cuestionarios se refiere a la naturaleza indirecta de los datos recogidos (Cone, 1978). Las respuestas del cuestionario implican normalmente marcas con un bolígrado o con un teclado de ordenador y, como tal, se encuentran lejos de las conductas reales de interés clínico. Sin evidencias que sugieran una relación significativa entre las respuestas a los cuestionarios y las conductas objetivo más directas, los datos obtenidos a partir de los cuestionarios tendrán una utilidad limitada. No es superfluo insistir en la importancia de las evaluaciones relacionadas con la validez del criterio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing (6.ª edición).* Nueva York. MacMillan.
Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, Nueva Jersey. Prentice-Hall.
Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist, 33*, 344-358.
Barlow, D. H. (Comp.) (1981). *Behavioral assessment of adult disorders.* Nueva York. Guilford Press.
Barrios, B. A. (1988). On the changing nature of behavioral assessment. En A. S. Bellack

y M. Hersen (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición).* Nueva York. Pergamon Press.

Barrios, B. A. y Hartmann, D. P. (1986). The contributions of traditional assessment: concepts, issues, and methodologies. En R. O. Nelson y S. C. Hayes (Comps.) *Conceptual foundations of behavioral assessment.* Nueva York. Guilford Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Bellack, A. S. y Hersen, M. (Comps.) (1988). *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición).* Nueva York. Pergamon Press.

Bem, D. J. y Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: the search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review, 81*, 506-520.

Caballo, V. E. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual, 1*, 221-231.

Carson, T. P. (1986). Assessment of depression. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment (2.ª edición).* Nueva York. Wiley.

Cattell, R. B. (1978). *The scientific use of factor analysis.* Nueva York. Plenum Press.

Ciminero, A. R., Calhoun, K. S. y Adams, H. E. (Comps.) (1986). *Handbook of behavioral assessment (2.ª edición).* Nueva York. Wiley.

Cone, J. D. (1978). The behavioral assessment grid (BAG): a conceptual framework and a taxonomy. *Behavior Therapy, 9*, 882-888.

Cone, J. D. (1979). Confounded comparisons in triple response mode assessment research. *Behavioral Assessment, 1*, 85-95.

Cone, J. D. (1981). Psychometric considerations. En M. Hersen y A. S. Bellack (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (2.ª edición).* Nueva York. Pergamon Press.

Cone, J. D. (1988). Psychometric considerations and the multiple models of behavioral assessment. En A. S. Bellack y M. Hersen (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición).* Nueva York. Pergamon Press.

Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1991). *Interviewing strategies for helpers.* Pacific Grove, California. Brooks/Cole.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrica, 16*, 297-334.

Eidelson, R. J. y Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 715-720.

Elliot, S. N. (1988). Acceptability of behavioral treatment in educational settings. En J. C. Witt, S. N. Elliot y F. M. Gresham (Comps.) *Handbook of behavior therapy in education.* Nueva York. Plenum Press.

Epstein, S. (1979). The stability of behavior: I. On predicting most of the people much of the time. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1097-1126.

Epstein, S. (1980). The stability of behavior: II. Implications for research. *American Psychologist, 35*, 790-806.

Epstein, N. y Eidelson, R. J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: their relationship to expectations, goals, and satisfaction. *The American Journal of Family Therapy, 9*, 13-22.

SEGUNDA PARTE

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

ENRIQUE ECHEBURÚA

I. INTRODUCCIÓN

No hay más que echar un vistazo a las publicaciones recientes para percatarse de que en las dos últimas décadas se ha producido un desarrollo espectacular de los programas de tratamiento de los trastornos de ansiedad (Marks, 1987; Echeburúa, 1990; Echeburúa y Corral, 1991*a*). Por desgracia, este avance en la terapia no ha corrido paralelo con el desarrollo de procedimientos precisos de evaluación de utilidad diagnóstica (sobre todo en el diagnóstico diferencial) y que sean sensibles al cambio terapéutico.

La evaluación de los trastornos de ansiedad se ha realizado con diferentes sistemas de medida: autoinformes, tests de evitación conductual y registros psicofisiológicos. La variedad de sistemas de medida sólo puede justificarse si aporta información de forma independiente sobre el estado inicial del paciente o sobre los resultados del tratamiento. Sin embargo, muchas medidas correlacionan altamente entre sí y no aportan informaciones significativas, excepto que contribuyen a aumentar la fiabilidad de la evaluación. Por ello, las medidas subjetivas (autoinformes y autorregistros) son preferibles a los tests de evitación conductual (costosos y difíciles de organizar) y a los registros psicofisiológicos (con muchos problemas metodológicos). Las medidas subjetivas, junto con las entrevistas estructuradas, permiten una información rápida, razonablemente fiable y que correlaciona satisfactoriamente con los otros tipos de medidas (Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Mavissakalian y Hamann, 1986; Echeburúa y Corral, 1991*a*).

No es aventurado decir que en las investigaciones clínicas con pacientes reales y en la práctica profesional los instrumentos de evaluación fundamentales de los trastornos de ansiedad son —y van a seguir siendo en los próximos años— los autoinformes. El papel de los tests de evitación conductual y de los registros psicofisiológicos es mucho más limitado. Por ello, parece oportuno contar con inventarios y cuestionarios suficientemente depurados, sensibles al cambio terapéutico, que tengan unas propiedades psicométricas adecuadas —puestas a prueba con muestras españolas— y que sirvan de apoyo a la práctica profesional y a la investigación clínica.

Universidad del País Vasco.

II. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En conjunto, los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general y afectan, según el *Epidemiological catchment area (ECA)* (Myers, Weissman y Tischler, 1984; Weissman, 1985) y el *Munich follow-up study (MFS)* (Wittchen, 1987), al 8,9% de la población. Es decir, una de cada diez personas, aproximadamente, va a experimentar en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad. Si se tiene en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos, otro 11% de la población padece síntomas de ansiedad importantes relacionados con enfermedades físicas. Así, parece que, en total, un 20% de la población puede llegar a sufrir trastornos o síntomas significativos de ansiedad (Pasnau, 1987).

Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo son relativamente infrecuentes (con tasas que oscilan del 0,4 al 1,6% de la población), pero las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada pueden llegar a afectar al 15-19% de la población (Merikangas y Weissman, 1985) (cuadro 7.1). En concreto, los trastornos fóbicos son los más frecuentes en mujeres —y los segundos más frecuentes en hombres, sólo superados por el alcoholismo y la dependencia a otras drogas— de todos los trastornos descritos en el *DSM-III* (Weissman, 1985).

CUADRO 7.1. *Tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad* (%)

Cuadro clínico	*Tasa de prevalencia*
Fobias específicas	4,1 - 7,7
Trastorno de ansiedad generalizada	6,4 - 7,6
Agorafobia	1,2 - 3,8
Fobia social	1,7 - 2
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,6 - 2,5
Trastorno de estrés postraumático	1
Trastorno de pánico	0,8 - 1
TOTAL	8,9

NOTA: El total no se corresponde exactamente con la suma de las cifras parciales porque algunos cuadros clínicos pueden aparecer concurrentemente en el mismo paciente.
FUENTE: Elaboración propia a partir de los distintos estudios citados en el texto.

Según el *ECA* (Regier, Boyd y Burke, 1988), la tasa de prevalencia de estos trastornos en mujeres (9,7%) es dos veces superior a la de los hombres (4,7%), excepto en el caso de la fobia social y del trastorno obsesivo-compulsivo, en donde no hay diferencias entre ambos sexos. Asimismo, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en personas entre los 25 y 44 años, entre divorciados y

personas con un nivel socioeconómico medio-bajo o bajo. Según las investigaciones transculturales, los trastornos de ansiedad se encuentran ampliamente distribuidos en todo tipo de países y de culturas y no pueden, por tanto, ser considerados como un producto "privilegiado" del estrés de los países occidentales (Marks, 1987).

Algunos datos epidemiológicos ofrecen un panorama preocupante para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Sólo una pequeña parte de los afectados por estos cuadros clínicos (alrededor del 25%) busca ayuda terapéutica, y además lo hace tarde (alrededor de nueve años después de comenzado el trastorno), en parte por el estigma de la búsqueda de ayuda terapéutica y en parte por la creencia (compartida por muchos pacientes y terapeutas) de que estos problemas no cuentan con una solución eficaz (Marks, 1991). La demanda de tratamiento se da fundamentalmente en los pacientes aquejados de agorafobia, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo que, aun siendo los trastornos de ansiedad con tasas de prevalencia más bajas, son los más invalidantes para la vida cotidiana. Las consultas por fobias específicas o por problemas de ansiedad generalizada son mucho menos frecuentes.

III. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

III.1. *Entrevistas estructuradas*

La difusión del *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) y del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) como sistemas nosológicos de uso universal ha traído consigo el desarrollo de entrevistas estructuradas que posibilitan la inclusión fiable de los pacientes en las categorías diagnósticas señaladas y permiten establecer diagnósticos diferenciales en los cuadros clínicos limítrofes. Si bien estas entrevistas pueden interferir en la espontaneidad del paciente en explicar su propia historia y resultar muy farragosas en la práctica clínica diaria, permiten llegar a criterios diagnósticos precisos y posibilitan la homogeneización de pacientes en investigaciones clínicas orientadas al estudio de la eficacia diferencial de tratamientos.

La alta prevalencia de comorbilidad en los trastornos de ansiedad, que puede afectar al 68% de los pacientes (Wittchen, 1988), hace aconsejable la utilización de entrevistas diagnósticas. De este modo, el terapeuta puede identificar los síndromes asociados, así como tomar decisiones terapéuticas más refinadas. Por ejemplo, no es lo mismo tratar una agorafobia cuando se manifiesta aislada que cuando existe una depresión asociada (Echeburúa y Corral, 1991*b*).

Entre las entrevistas de *psicopatología general*, la *Structural clinical interview for DSM-III-R, SCID* [Entrevista clínica estructurada para el *DSM-III-R*] (Spitzer,

actual] y de las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. Los pacientes deben informar al terapeuta de la intensidad del miedo y de la evitación experimentados en diversas situaciones, así como de los estímulos específicos asociados a las mismas y del grado de interferencia en la vida cotidiana. En la entrevista, los pacientes señalan, asimismo, la evolución de los miedos (desde la aparición de los mismos hasta la situación actual). Los datos de fiabilidad entre observadores del *ADIS-R* son satisfactorios. Desde la perspectiva del diagnóstico diferencial, el coeficiente kappa indica una buena fiabilidad para la agorafobia con ataques de pánico (0,85), el trastorno de pánico (0,59), la fobia social (0,77), pero no así para el trastorno de ansiedad generalizada (0,42), quizá porque este último queda como una categoría residual cuando los clínicos han descartado los otros trastornos (Galletero y Guimón, 1989).

III.2. *Inventarios y cuestionarios*

Si bien los autoinformes carecen de la necesaria especificidad situacional y de respuesta, son sin duda los instrumentos de evaluación más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas, por un lado, y para cuantificar los cambios habidos tras una intervención terapéutica, por otro. No obstante, los autoinformes cubren un campo temático menor que las entrevistas estructuradas y son medidas complementarias de éstas.

En este apartado figura sólo un reducido número de instrumentos de evaluación. Más que presentar una lista exhaustiva de los autoinformes existentes —tarea, por lo demás, inabarcable y de dudosa utilidad—, se han seleccionado los inventarios y cuestionarios con mejores propiedades psicométricas y, por ello, más citados en las investigaciones clínicas sobre los trastornos de ansiedad. Por razones didácticas —informar al lector del uso más específico que se hace de los autoinformes en la clínica—, se ha optado por ubicar éstos dentro de cada uno los trastornos de ansiedad más estudiados (fobia específica, agorafobia, fobia social y ansiedad generalizada) y delimitar, por tanto, su ámbito de aplicación. No obstante, esta ubicación no pretende ser rígida. De hecho, hay algunos cuestionarios citados, como el *Cuestionario de miedos (FQ)*, que, si bien aparece incluido dentro de la fobia específica, sirve también para evaluar otros trastornos fóbicos (la agorafobia y la fobia social), o la *Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HAD)*, que es un instrumento de evaluación específico de la ansiedad generalizada, pero que también cuenta con una subescala diferenciada de depresión. Por último, en algunos casos se señala el lugar de publicación de la versión española, en el caso de que la haya, de los instrumentos citados; otros, a los que resulta más difícil acceder, se añaden al final del texto como apéndices.

La falta de aparición de algunas categorías clínicas en este capítulo (fobia a las enfermedades, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático) deriva de la inexistencia, hasta la fecha, de instrumentos de medida suficientemente fiables y válidos y adaptados a la población española (véase cuadro 7.3).

CUADRO 7.3. *Inventarios y cuestionarios principales en la evaluación de los trastornos de ansiedad*

Cuadro clínico *	*Instrumento*	*Núm. de ítems*	*Autores*	*Año*
Fobias específicas	*FSS-III*	122	Wolpe y Lang	1964
	FQ	17	Marks y Mathews	1979
Agorafobia	*MI*	29	Chambless y cols.	1985
	BSQ	17	Chambless y cols.	1984
	ACQ	15	Chambless y cols.	1984
	IA	69	Echeburúa y cols.	1992
Fobia social	*SAD*	28	Watson y Friend	1969
	FNE	30	Watson y Friend	1969
	SPAI	45	Turner y cols.	1989
Trastorno de ansiedad generalizada	*STAI*	40	Spielberger y cols.	1970
	HARS	14	Hamilton	1959
	HAD	14	Zigmond y Snaith	1983
	BAI	21	Beck y cols.	1988
	PSWQ	16	Meyer y cols.	1990

* Algunos instrumentos clasificados en un cuadro clínico pueden evaluar también algún otro. La explicación en el texto.

III.2.1. Fobias específicas

a. *Inventario de temores, FSS-III (Wolpe y Lang, 1964)*

El *FSS-III* es un inventario que consta de 122 ítems y que abarca diversas situaciones referidas a temores específicos. El sujeto tiene que señalar el grado de malestar que le produce en la actualidad cada una de las situaciones propuestas en una escala que oscila desde 1 («en absoluto») a 5 («muchísimo»). La muestra de ítems seleccionada intenta ser representativa de los temores más comunes por los que las personas acuden a buscar la ayuda de un terapeuta. El *FSS-III* se ha mostrado sensible al cambio terapéutico, al menos en el tratamiento de temores específicos (Lang, Lazovik y Reynolds, 1965).

La estructura factorial de este inventario ha sido objeto de varios estudios y tiende a ser homogénea y consistente con sujetos normales (habitualmente estudiantes universitarios), pero heterogénea con pacientes clínicos. En muestras normales, los factores más frecuentemente aislados son los siguientes (Tasto, 1977): 1. temores a animales pequeños; 2. temor a la muerte, al dolor físico y a

agorafóbicos (Echeburúa y Corral, 1991*b*). Una versión española de este cuestionario se encuentra en Mathews y cols. (1981).

III.2.2. Agorafobia

a. *Inventario de movilidad, MI (Chambless y cols., 1985)*

Este inventario, que se compone de 29 ítems que se puntúan en una escala de 5 puntos de tipo Likert, tiene por objetivo evaluar la severidad de la evitación conductual y el grado de inquietud/incomodidad en los agorafóbicos y consta de tres medidas: evitación a solas, evitación en compañía y frecuencia de pánicos. La diferenciación de la evitación en dos escalas distintas (a solas y en compañía) resulta oportuna porque el comportamiento evitativo del agorafóbico puede diferir notablemente en estas dos circunstancias. A diferencia del factor "agorafobia" del *Cuestionario de miedos* (Marks y Mathews, 1979), este inventario cubre un abanico más amplio de situaciones y distingue la medida de evitación cuando el sujeto está solo o acompañado. Ofrece, por ello, una descripción más adecuada de la situación clínica del agorafóbico.

La escala de "frecuencia de pánicos" tiene por objetivo reflejar el número de ataques de pánico experimentados en los últimos 7 días. Esta escala es de utilidad por la relación existente entre la agorafobia y los ataques de pánico y como soporte para la planificación de programas terapéuticos.

Las escalas de "evitación" son muy fiables, con un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,76 cuando el intervalo entre ambos es de 30 días, y válidas; la escala de "frecuencia de pánicos" es válida también, pero el grado de fiabilidad es moderado.

b. *Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas, BSQ y Cuestionario de cogniciones agorafóbicas, ACQ (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984)*

Estos inventarios constituyen dos medidas de autoinforme conjuntas que sirven para evaluar el "miedo al miedo" (miedo a los ataques de pánico especialmente) en los agorafóbicos. Los pacientes tienen que señalar qué grado de temor experimentan ante los signos de activación autonómica (por ejemplo, la taquicardia o la sudoración) y con qué frecuencia tienen pensamientos negativos cuando están ansiosos, del tipo de «me voy a morir», «voy a volverme loco», etcétera.

El *Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas* está formado por una lista de 17 ítems relacionados con sensaciones físicas asociadas a respuestas fisiológicas de ansiedad. Esta escala se evalúa de 1 a 5 puntos según el grado en que el sujeto considera cada sensación como provocadora de ansiedad. El coeficiente de fiabilidad test-retest de este cuestionario es de 0,67.

El *Cuestionario de cogniciones agorafóbicas* se refiere a pensamientos catas-

tróficos sobre los resultados de la ansiedad. Está formado por 9 ítems que comprenden pensamientos relativos a consecuencias negativas de la experiencia de ansiedad. Se añaden 6 ítems basados en los informes de los pacientes sobre los pensamientos provocadores de miedo. Cada ítem se valora en una escala de 1 a 5, según la menor o mayor frecuencia de dichos pensamientos. El coeficiente de fiabilidad test-retest de este cuestionario es de 0,86.

c. *Inventario de agorafobia, IA (Echeburúa y cols., 1992)*

Este inventario consta de 69 ítems y está estructurado en dos partes. La primera evalúa en una escala Likert de 0 a 5 diferentes tipos de respuestas (motoras, psicofisiológicas subjetivas[1] y cognitivas) del paciente en las modalidades de *solo* y *acompañado* ante las situaciones estimulares más habituales. Los pacientes deben asimismo señalar, entre los ítems propuestos, los síntomas que más dificultades les crean en la vida cotidiana. La segunda parte evalúa la variabilidad de las respuestas en función de los factores que contribuyen a aumentar y reducir la ansiedad y posibilita, en último término, una evaluación individualizada de cada paciente que permite la planificación de un determinado programa terapéutico. Esta posibilidad de realizar un análisis funcional de la conducta y de prestar, por tanto, una atención precisa a la especificidad situacional y de respuesta no aparece en ninguno de los cuestionarios anteriores citados en la bibliografía.

El coeficiente de fiabilidad test-retest —obtenido a partir de la muestra de 29 sujetos en tratamiento en el estudio de Echeburúa y cols. (1991)— es de 0,69 con un intervalo de 6 semanas. El índice de consistencia interna (coeficiente alfa) en la muestra total de sujetos (agorafóbicos y "normales") (N=386) es de 0,93 en la subescala de respuestas motoras, de 0,94 en la subescala de respuestas psicofisiológicas y de 0,87 en la subescala de respuestas cognitivas. La validez convergente, realizada a partir de la subescala de agorafobia del *Cuestionario de miedos* de Marks y Mathews (1979) y de las tres dimensiones de respuestas del *Inventario de agorafobia*, es alta: 0,89 (respuestas motoras), 0,75 (respuestas psicofisiológicas), y 0,74 (respuestas cognitivas). El *IA* sirve asimismo para discriminar significativamente entre sujetos normales y agorafóbicos y se ha mostrado también sensible para detectar el cambio terapéutico con la terapia de exposición (Echeburúa y cols., 1991).

El análisis factorial del *IA* ha permitido detectar, desde la perspectiva de las respuestas motoras, cuatro núcleos temáticos principales ("lugares públicos", "desplazamientos", "aglomeraciones" y "alturas y espacios cerrados") que covarían conjuntamente y un núcleo temático adicional ("interacciones sociales"). Desde una perspectiva psicofisiológica, se han aislado dos factores: los "ataques de pánico" y la "activación generalizada", que remite de forma especial al sis-

[1] Se denominan respuestas psicofisiológicas "subjetivas" porque la evaluación de las mismas depende del paciente, no de instrumentos de evaluación psicofisiológica.

tema cardiovascular. Y por último, desde una perspectiva cognitiva, se han aislado dos factores específicos: la "amenaza a la integridad física" y el "miedo a perder el control" (Echeburúa y cols., 1992).

El punto de corte propuesto para discriminar entre la población normal y la población aquejada de agorafobia es de 176 en la escala global y de 96, 61 y 30 en las subescalas de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas, respectivamente. A mayor puntuación, mayor es la gravedad del síndrome agorafóbico. Este inventario figura como apéndice en el trabajo de Echeburúa y cols. (1992).

III.2.3. Fobia social

a. *Escala de ansiedad y evitación social,* SAD *(Watson y Friend, 1969)*

Es una de las medidas más utilizada en los estudios de ansiedad y fobia social. Se trata de una escala que consta de 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadero o falso), referidos al malestar subjetivo en situaciones sociales y a la evitación activa o deseo de evitación de dichas situaciones. Los ítems están relacionados con situaciones sociales diversas y elicitan, fundamentalmente, las respuestas conductuales y fisiológicas ante las mismas.

La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,68 en una muestra de 154 estudiantes universitarios. Desde el punto de vista de la validez de criterio, las personas que puntúan alto en esta escala tienden a mostrarse ansiosas y/o a evitar las situaciones sociales y prefieren trabajar solas a hacerlo en grupo. La *SAD* se ha mostrado asimismo sensible al cambio terapéutico en el tratamiento psicológico de la fobia social (Stravynski, Marks y Yule, 1982; Butler y cols., 1984; Mattick y Peters, 1988; Heimberg y cols., 1990).

El punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana de la población aquejada de ansiedad social es de 18-20 (Butler y cols., 1984; Heimberg y cols., 1990; Oei, Kenna y Evans, 1991). A mayor puntuación, mayor es la cantidad de situaciones en las que el paciente experimenta ansiedad social.

Las limitaciones de esta escala consisten en que muchos ítems son un tanto repetitivos e imprecisos desde la perspectiva de la situación estimular («tiendo a apartarme de la gente»), que el número de ítems, al ser reducido, puede no representar las situaciones de ansiedad específicas de un paciente determinado y que las respuestas son dicotómicas, con pocas posibilidades de matización. Una versión española de esta escala se encuentra en Girodo (1980).

b. *Escala de miedo a la evaluación negativa,* FNE *(Watson y Friend, 1969)*

Esta escala consta de 30 ítems, de tipo dicotómico, relacionados con el temor a recibir críticas negativas por parte de los demás (por ejemplo: «me siento muy afectado cuando cometo algún error social»). Este aspecto es crucial en la fobia social y, de hecho, diferencia la ansiedad social de otras ansiedades fóbicas, ya

c. *Inventario de ansiedad y fobia social,* SPAI *(Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)*

Este inventario consta de dos subescalas (subescala de fobia social, con 32 ítems, y subescala de agorafobia, con 13 ítems) y cuenta, en total, con 45 ítems que abarcan las dimensiones motoras, psicofisiológicas y cognitivas de la ansiedad social y que se estructuran según una escala de tipo Likert de 1 a 7 puntos en función de la menor o mayor frecuencia con que aparece la ansiedad en cada situación propuesta. El objetivo de la subescala de agorafobia es determinar si el malestar social experimentado por el paciente se debe a la percepción de sentirse encerrado y/o al temor de sufrir un ataque de pánico, como ocurre en la agorafobia, o se debe propiamente al miedo a la evaluación negativa característico de la fobia social. La especificidad situacional —no así la de respuesta— es mayor que en el *FQ*, la *SAD* o la *FNE* ya que el contenido de los ítems tiende a ser más concreto de lo habitual en otros inventarios similares.

La fiabilidad test-retest, con dos semanas de intervalo, en una muestra de 173 estudiantes universitarios es de 0,86, con un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,96 en la subescala de fobia social y de 0,85 en la subescala de agorafobia. Desde el punto de vista de la validez discriminante, y a diferencia de la *SAD* o de la *FNE*, las puntuaciones de los fóbicos sociales en el *SPAI* difieren significativamente de las obtenidas por pacientes obsesivo-compulsivos y con trastorno de pánico (con o sin agorafobia).

Los valores de sensibilidad y especificidad correspondientes a distintos puntos de corte se recogen en el cuadro 7.4. El punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana y la población aquejada de fobia social es de 60, pero puede elevarse hasta 80 cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial entre fóbicos sociales y pacientes aquejados de otros trastornos de ansiedad (Turner y cols., 1989). A mayor puntuación, mayor es la posibilidad de experimentar una fobia social.

Este inventario es superior al resto de los autoinformes presentados en el grado de concreción de los estímulos situacionales, que puede ser de ayuda para el diseño del plan terapéutico, y en la capacidad —al menos en el estudio inicial

CUADRO 7.4. *Puntos de corte, sensibilidad y especificidad del* SPAI *en el diagnóstico de fobia social, según el* DSM-III (Turner y cols., 1989)

Punto de corte	*Especificidad* (falsos negativos %)	*Sensibilidad* (falsos positivos %)
30	8,6	54
40	17,2	35,3
50	27,6	17,7
60	41,4	8,9

de los autores— para diferenciar fobias sociales de otros trastornos de ansiedad en que la ansiedad social está también presente. Sin embargo, todavía se necesita poner a prueba el *SPAI* con muestras de pacientes reales en estudios independientes de los autores y, además, determinar si se muestra sensible a los efectos del tratamiento.

III.2.4. Trastorno de ansiedad generalizada

En este apartado no se incluyen los instrumentos de medida orientados a la evaluación de la ansiedad como rasgo porque son reflejo de una concepción excesivamente estática (no interactiva) de la ansiedad y porque no son sensibles al cambio terapéutico. Un ejemplo de autoinforme muy utilizado perteneciente a este enfoque es la *Escala de ansiedad manifiesta,* TMAS (Taylor, 1953) (versión española en Conde y Franch, 1984), que se ha construido a través de una selección y depuración de ítems del *Inventario de personalidad multifásico de Minnesota (MMPI).*

Tampoco figura en esta revisión el *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad,* ISRA (Miguel Tobal y Cano, 1988). Este instrumento, elaborado con muestras españolas, tiene la ventaja de mostrar una especificidad situacional y de respuesta superior a la mayor parte de los autoinformes y de evaluar por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. No obstante, es muy genérico en el contenido de los ítems propuestos, no remite específicamente al trastorno de ansiedad generalizada y no se ha utilizado apenas, al menos hasta la fecha, en investigaciones clínicas.

Los autoinformes señalados a continuación son aquellos que resultan más significativos para el propósito de este apartado —evaluar el trastorno de ansiedad generalizada— y que se muestran más sensibles al cambio terapéutico.

a. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)*

Si bien este cuestionario fue diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad (la ansiedad como "rasgo" o la tendencia a la ansiedad), incluye también una subescala de "estado", que permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente. Las personas con una alta ansiedad como rasgo son más vulnerables al estrés y responden a una más amplia variedad de situaciones peligrosas y amenazantes. Estas personas, por tanto, experimentan estados de ansiedad con más frecuencia e intensidad que las personas con una ansiedad-rasgo más baja. Aunque muy utilizado en ambientes clínicos, el *STAI* se ha construido con muestras de sujetos análogos (estudiantes universitarios).

En el cuestionario, que consta de 40 ítems (20 en cada escala), los sujetos tie-

getativos). Por tanto, se puede calcular una puntuación total y una puntuación para la ansiedad psíquica (suma de las puntuaciones de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y para la ansiedad somática (suma de las puntuaciones de los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

La escala permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente y su evolución bajo la influencia del tratamiento. Sin embargo, esta escala —sin duda, la más utilizada en los estudios clínicos— presenta varias limitaciones importantes. En primer lugar, el carácter heteroaplicado de la misma, y con ítems de contenidos muy globales, implica la interposición de una posible fuente de error (el observador) entre el comportamiento y la medida. En segundo lugar, algunos ítems, como el insomnio y las dificultades de concentración, son comunes también a otros cuadros clínicos, como la depresión (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987). En tercer lugar, la heterogeneidad de los síntomas reseñados impide discriminar un trastorno de ansiedad de otro. Y, en cuarto lugar, la ausencia de baremos estandarizados —común, por lo demás, a muchas escalas heteroaplicadas— impide la comparación del paciente con los valores normativos de una muestra de sujetos normales o clínicos. Una versión española de esta escala se encuentra en Carrobles y cols. (1986).

c. *Escala de ansiedad y depresión en el hospital,* HAD *(Zigmond y Snaith, 1983)*

Esta escala, que se compone de 14 ítems, tiene por objetivo (a modo de prueba de "selección") detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o, por extensión, en medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria, así como determinar la gravedad de los mismos. A diferencia de las escalas de Hamilton, el contenido de la *HAD* está más referido a los aspectos psicológicos que somáticos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante —y evita equívocos de atribución— cuando se aplica a pacientes que sufren de enfermedades físicas. La aplicación de esta escala a pacientes oncológicos, por ejemplo, figura descrita en Moorey y cols. (1991).

La *HAD* está estructurada como una escala de tipo Likert, que oscila de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas (de 7 ítems, intercalados alternativamente, cada una), una referida a la ansiedad y la otra a la depresión. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia (de hecho, 5 de los 7 ítems están referidos a él) como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que es el que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión.

En el estudio de Tejero y cols. (1986) con pacientes aquejados fundamentalmente de trastornos de ansiedad y depresión, el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,81 en la subescala de ansiedad y de 0,82 en la subescala de depresión. Desde la perspectiva de la validez convergente, el coeficiente de correla-

ción de la subescala de ansiedad de la *HAD* con el *STAI* (subescala de ansiedad-estado) es de 0,71 y de la subescala de depresión de la *HAD* con el *Inventario de depresión de Beck* es de 0,74. Por tanto, la fiabilidad y la validez son satisfactorias.

La interpretación de las puntuaciones propuesta por los autores del instrumento para cada una de los dos subescalas (con una proporción de un 1% de falsos positivos y un 1% de falsos negativos en la subescala de depresión, y con una proporción de un 5% de falsos positivos y un 1% de falsos negativos en la subescala de ansiedad), es la siguiente: 0-7 (trastorno ausente); 8-10 (casos dudosos); 11 ó más (trastorno presente). La *HAD* sirve para discriminar entre pacientes "tristes" y pacientes "deprimidos" a causa de la enfermedad física y se ha mostrado sensible al cambio terapéutico. Las ventajas de esta escala consisten en que es muy corta y muy fácil de rellenar por parte de los pacientes, así como que ofrece una información separada de ansiedad y depresión. Las limitaciones son que se ha validado sobre todo con pacientes aquejados de enfermedades físicas y que las subescalas presentan una cierta correlación entre sí (0,49, en el estudio de Bramley y cols., 1987; 0,59, en el de Tejero y cols., 1986) y no son, por tanto, totalmente independientes. Desde este punto de vista, la *HAD*, al menos en pacientes psiquiátricos, quizá detecte sólo la existencia de un trastorno ansioso-depresivo global, pero no permita establecer nítidamente las diferencias entre la ansiedad y la depresión (Tejero y cols., 1986). Esta escala, así como los criterios de puntuación de los ítems y la pertenencia de cada uno de ellos a una de las dos subescalas de ansiedad o de depresión, figuran en el apéndice 1.

d. *Inventario de ansiedad de Beck, BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)*

Los inventarios y escalas citados anteriormente presentan la limitación de no discriminar satisfactoriamente el trastorno de ansiedad generalizada de la depresión. El *BAI* es un inventario de 21 ítems que tiene por objetivo evaluar la intensidad de la ansiedad clínica en pacientes psiquiátricos sin solaparse con la evaluación de la depresión. Los ítems seleccionados guardan una estrecha relación con los criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987).

El coeficiente de fiabilidad test-retest, con una semana de intervalo entre ambos y con una muestra de 83 pacientes, es de 0,75. El coeficiente alfa de consistencia interna, con una muestra de 160 pacientes, es alto (0,92). Desde la perspectiva de la validez, el *BAI* tiene un coeficiente satisfactorio (0,51) de validez convergente con la *HARS* y una buena validez discriminante, ya que el coeficiente de correlación con otras escalas de depresión, como la *Escala de depresión de Hamilton (HRSD)*, es más bien bajo (0,25). El análisis factorial del *BAI* ha permitido aislar dos factores: a) síntomas físicos de ansiedad (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 12, 13, 17, 19, 20 y 21); y b) ansiedad subjetiva y pánico (ítems 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16 y 18).

Los pacientes tienen que señalar el grado de molestia experimentado por los 21 síntomas reseñados durante la última semana eligiendo entre cuatro alternati-

vas: "ninguno" (0), "ligero" (1), "moderado" (2) y "grave" (3). La puntuación media obtenida por los pacientes aquejados de trastornos de ansiedad es de 25,76 (desviación típica de 11,42) y por los sujetos del grupo de control es de 15,88 (desviación típica de 11,81). El rango de la escala es de 0 a 63.

En resumen, el BAI es un instrumento fiable y válido como medida de la ansiedad y como medida de cambio terapéutico en muestras psiquiátricas, y sirve, además, para discriminar a pacientes aquejados de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de pánico, etc.) de pacientes con trastornos del estado de ánimo (distimia, depresión mayor, etc.). Una limitación de este inventario es que los ítems referidos a los síntomas físicos de la ansiedad están sobrerrepresentados y que la validación del BAI se ha hecho fundamentalmente con pacientes aquejados de trastorno de pánico. Está por ver si se muestra una medida sensible al cambio terapéutico en aquellos trastornos de ansiedad en que los componentes cognitivos desempeñan un papel importante (ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) (Fydrich, Dowdall y Chambless, 1992). Este inventario figura en el apéndice 2.

e. *Inventario de preocupación,* PSWQ *(Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)*

Según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una permanente expectación aprensiva (ansiedad y preocupación no realistas o excesivas) sobre dos o más circunstancias de la vida y que presenta una antigüedad de al menos 6 meses. Esta definición supone, respecto a la versión anterior del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), un cambio del énfasis en los aspectos psicofisiológicos al énfasis en el componente cognitivo del trastorno, es decir, en las preocupaciones excesivas o no realistas percibidas como incontrolables, lo cual se mantiene en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Desde esta perspectiva, los instrumentos encaminados a la evaluación de las preocupaciones patológicas —núcleo del trastorno de ansiedad generalizada— son de especial interés. En este ámbito, el *Penn state worry questionnaire,* PSWQ [Inventario de preocupación] (Meyer y cols., 1990) es el instrumento de autoinforme más específico actualmente disponible. Es una escala de 16 ítems que tiene por objetivo medir el grado de preocupabilidad, considerado éste como un rasgo.

Los pacientes tienen que señalar, en una escala de 1 a 5, hasta qué punto les define cada uno de los 16 enunciados propuestos. La puntuación media obtenida por los pacientes aquejados del trastorno de ansiedad generalizada es de 68,11 (desviación típica de 9,59) y por los sujetos del grupo de control es de 34,90 (desviación típica de 10,98) (Brown, Antony y Barlow, 1992). El rango de la escala es de 16 a 80.

El coeficiente de fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo entre ambos y con una muestra de 73 estudiantes, es de 0,93. Asimismo, el coeficiente alfa de

ductas implicadas o las imprecisiones en el recuerdo pueden enturbiar la validez de los autorregistros.

A pesar de la utilidad potencial de los autorregistros, no se han utilizado sistemáticamente en la evaluación de los trastornos de ansiedad, quizá por la complejidad de las conductas implicadas en estos trastornos (Carrobles y Díez-Chamizo, 1987). Si bien, por ejemplo, en algunos estudios de evaluación de eficacia diferencial de tratamientos con fóbicos sociales se han utilizado los autorregistros (Öst, Jerremalm y Johansson, 1981; Butler y cols., 1984), la utilización de los mismos ha sido mucho más frecuente en investigaciones con estudiantes universitarios con problemas de ansiedad social. Las conclusiones sobre la eficacia de este tipo de evaluación con muestras de pacientes aquejados de trastornos de ansiedad son todavía muy provisionales; no obstante, los autorregistros con información directa sobre la vida cotidiana del sujeto pueden ser de interés como medidas complementarias de las entrevistas estructuradas y de las medidas de autoinforme (Glass y Arnkoff, 1989). Un modelo de autorregistro integrado en la evaluación y tratamiento de la agorafobia figura en Borda y Echeburúa (1991).

IV. CONCLUSIONES

La evaluación multimodal de los trastornos de ansiedad por medio de entrevistas estructuradas, autoinformes, observaciones sistemáticas y registros psicofisiológicos puede ser de gran interés para la planificación del tratamiento y para una completa evaluación de los resultados terapéuticos (Glass y Arnkoff, 1989).

No obstante, en el estado actual de los conocimientos, las entrevistas estructuradas y las medidas subjetivas (autoinformes y autorregistros), sobre todo cuando están estructuradas en escalas de tipo Likert, permiten explorar un abanico muy amplio de conductas (inaccesibles muchas de ellas a la observación directa) en un tiempo relativamente breve. Son, por ello, desde una perspectiva de costes y beneficios, preferibles a las pruebas de observación conductual (costosas y difíciles de organizar) y a los registros psicofisiológicos (con muchos problemas metodológicos), ya que permiten una información rápida, razonablemente fiable y correlacionan altamente con los otros tipos de medidas (Echeburúa y Corral, 1991*a*; Kellner y Uhlenhuth, 1991).

Tal como se ha señalado en el texto, muchos inventarios de ansiedad adolecen de una falta de validez discriminante para distinguir la ansiedad de la depresión. En general, las medidas de autoinforme discriminan menos entre ambos cuadros clínicos que las escalas heteroaplicadas, como la *Escala de evaluación de la ansiedad* de Hamilton (1959), o las entrevistas estructuradas, como la *SCID* (Spitzer y cols., 1987) o el *ADIS-R* (Di Nardo y Barlow, 1988).

Uno de los retos de la investigación en los próximos años es diseñar protocolos de evaluación cortos y específicos, que consten de instrumentos con bue-

nas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos de ansiedad y a los cambios terapéuticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.ª edición).* Washington. APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.ª edición revis.).* Washington. APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición).* Washington. APA.

Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona. Martínez Roca.

Barlow, D. H., Di Nardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A. y Blanchard, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders: issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174,* 63-72.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 893-897.

Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta, 18,* 101-123.

Bramley, P. N., Easton, A. M., Morley, S. y Snaith, R. P. (1987). The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 883,* 1-6.

Brown, T. A., Antony, M. y Barlow, D. (1992). Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy, 30,* 33-37.

Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. L. y Gelder, M. G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 642-650.

Carrobles, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. Promolibro.

Carrobles, J. A. y Díez-Chamizo, V. (1987). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual. 3.ª edición.* Madrid. Pirámide.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 1090-1097.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracel, E. J. y Williamss, C. (1985). The Movility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 35-44.

Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos,* Madrid. Laboratorios Upjohn.

Marks, I. M. (1991). Phobias and related anxiety disorder. *British Medical Journal, 302*, 1037-1038.

Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 263-267.

Mathews, A. M., Gelder, M. y Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia. Nature and treatment.* Nueva York. Guilford Press [traducción, Fontanella, 1985].

Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251-260.

Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.

Mavissakalian, M. (1986). The Fear questionnaire: a validity study. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 83-85.

Mavissakalian, M. y Hamann, M. S. (1986). Assessment and significance of behavioral avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 8*, 317-326.

Merikangas, K. K. y Weissman, M. (1985). Epidemiology of anxiety disorders. En R. Michels y J. Cavenar (Comps.) *Psychiatry.* Filadelfia. J. B. Lippincott.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.

Miguel Tobal, J. J. y Cano, A. R. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (2.ª edición).* Madrid. TEA.

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B. y Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry, 158*, 255-259.

Myers, J. K., Weissman, M. M. y Tischler, G. L. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry, 41*, 959-967.

Oei, T., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity and utility of the *SAD* and *FNE* scales for anxiety disorder patients. *Personality and Individual Differences, 12*, 111-116.

Öst, L. G., Jerremalm, A. y Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 1-16.

Pasnau, R. O. (1987). Los trastornos de ansiedad. En R. O. Pasnau (Comp.) *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.* Madrid. Laboratorios Upjohn.

Rapee, R. M., Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the *DSM-III-R* anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 10*, 287-299.

Regier, D. A., Boyd, J. H. y Burke, J. D. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 41*, 971-978.

Riskind, J. R., Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton scales. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 474-479.

Shear, M. K., Klosko, J. y Fyer, M. R. (1991). Evaluación de los trastornos por ansiedad. En S. Wetzler (Comp.) *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos.* Barcelona. Áncora (original, 1989).

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait anxiety inventory*. Palo Alto, Ca. Consulting Psychologists Press [versión española, TEA, 1982].
Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibson, M. (1987). *Structural clinical interview for DSM-III-R - Patient version (SCID-P, 4, 1, 87).* Nueva York. New York State Psychiatric Institute (Biometrics Research Department).
Stravynski, A., Marks, I. M. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry, 39,* 1378-1385.
Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 328-333.
Tasto, D. C. (1977). Self-report schedules and inventories. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment.* Nueva York. Wiley.
Taylor, J. A. (1953). A personality Scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 48,* 285-290.
Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del *HAD* (Hospital anxiety and depression scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 12,* 233-238.
Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 411-413.
Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment, 1,* 35-40.
Turner, S. M., McCanna, M. y Beidel, D. C. (1987). Validity of the Social avoidance and distress and Fear of negative evaluation scales. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 113-115.
Vizcarro, C. y García Marcos, J. A. (1987). Los auto-informes. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual. 3.ª edición.* Madrid. Pirámide.
Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448-457.
Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. En H. Tuma y J. Maser (Comps.) *Anxiety and anxiety disorders.* Hillsdale, NJ. Erlbaum.
Wittchen, H. U. (1987). Epidemiology of panic attacks and panic disorder. En I. Hand y H. U. Wittchen (Comps.) *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments.* Nueva York. Springer-Verlag.
Wittchen, H. U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich follow-up study *(MFS).* En I. Hand y H. U. Wittchen (Comps.) *Panic and phobias 2. Treatment and variables affecting course and outcome.* Nueva York. Springer-Verlag.
Wolpe, J. y Lang, P. J. (1964). A fear survey for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy, 2,* 27-30.
Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67,* 361-370.

APÉNDICE 1. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL *(HAD)* (Zigmond y Snaith, 1983)

NOMBRE: .... FECHA: ....

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted *durante la semana pasada.*

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabaja deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la *semana pasada.*

1. Me siento tenso o nervioso

   Todos los días .... ☐

   Muchas veces .... ☐

   A veces .... ☐

   Nunca .... ☐

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

   Como siempre .... ☐

   No lo bastante .... ☐

   Sólo un poco .... ☐

   Nada .... ☐

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

   Definitivamente y es muy fuerte .... ☐

   Sí, pero no es muy fuerte .... ☐

   Un poco, pero no me preocupa .... ☐

   Nada .... ☐

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

   Al igual que siempre lo hice .... ☐

   No tanto ahora .... ☐

   Casi nunca .... ☐

   Nunca .... ☐

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

   La mayoría de las veces .... ☐

   Con bastante frecuencia .... ☐

   A veces, aunque no muy a menudo .... ☐

   Sólo en ocasiones .... ☐

6. Me siento alegre

   Nunca .... ☐

   No muy a menudo .... ☐

   A veces .... ☐

   Casi siempre .... ☐

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

   Siempre .... ☐

   Por lo general .... ☐

   No muy a menudo .... ☐

   Nunca .... ☐

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

   Por lo general en todo momento .... ☐

   Muy a menudo .... ☐

   A veces .... ☐

   Nunca .... ☐

9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago

   Nunca .... ☐

   En ciertas ocasiones .... ☐

   Con bastante frecuencia .... ☐

   Muy a menudo .... ☐

10. He perdido interés en mi aspecto personal
    - Totalmente .... ☐
    - No me preocupo tanto como debiera .... ☐
    - Podría tener un poco más de cuidado .... ☐
    - Me preocupo al igual que siempre .... ☐

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
    - Mucho .... ☐
    - Bastante .... ☐
    - No mucho .... ☐
    - Nada .... ☐

12. Me siento optimista respecto al futuro
    - Igual que siempre .... ☐
    - Menos de lo que acostumbraba .... ☐
    - Mucho menos de lo que acostumbraba .... ☐
    - Nada .... ☐

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
    - Muy frecuentemente .... ☐
    - Bastante a menudo .... ☐
    - No muy a menudo .... ☐
    - Nada .... ☐

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
    - A menudo .... ☐
    - A veces .... ☐
    - No muy a menudo .... ☐
    - Rara vez .... ☐

APÉNDICE 3. INVENTARIO DE PREOCUPACIÓN *(PSWQ)* (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)

Elija en cada ítem la alternativa que mejor le defina poniendo el número correspondiente a dicha alternativa en el espacio correspondiente.

5. Muy característico de mí.
4. Bastante característico de mí.
3. Característico de mí en cierto grado.
2. Poco característico de mí.
1. Nada característico de mí.

1. Si no tengo tiempo para hacerlo todo, no me preocupo por ello .... ☐
2. Mis preocupaciones me abruman .... ☐
3. No suelo preocuparme por las cosas .... ☐
4. Muchas situaciones me dejan preocupado .... ☐
5. Sé que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo .... ☐
6. Cuando estoy presionado por algo, me preocupo mucho .... ☐
7. Siempre estoy preocupado por algo .... ☐
8. Me resulta fácil rechazar los pensamientos preocupantes .... ☐
9. Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo que me queda por hacer .... ☐
10. Nunca me preocupo por nada .... ☐
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algo que me preocupa, dejo ya de preocuparme .... ☐
12. Toda mi vida me he preocupado mucho por las cosas .... ☐
13. Me doy cuenta de que siempre estoy preocupándome por cosas .... ☐
14. Una vez que he comenzado a preocuparme por algo, ya no puedo parar .... ☐
15. Todo el tiempo estoy preocupado por algo .... ☐
16. Suelo preocuparme por proyectos hasta que están concluidos .... ☐

8. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

ROSA MARÍA RAICH

I. INTRODUCCIÓN

El concepto de trastorno obsesivo-compulsivo ha sido descrito hace más de 150 años. En 1838 Esquirol expuso el caso de una mujer "monomaníaca" atormentada por absurdas ideas irresistibles, dudas, indecisión y lentitud, junto con rituales compulsivos antes de las comidas, al levantarse y al acostarse. En 1903, Janet lo planteó como categoría diagnóstica. Los primeros intentos de definición aparecen en los escritos de Schneider (1925). Pollit (1956) lo describe como una idea, pensamiento, imagen, sentimiento o movimiento que se acompaña de una compulsión subjetiva y del deseo de resistirse a ella, ya que el individuo la considera como algo externo a él y causada por la anormalidad en que ha caído. Según Foa y Tillman (1980), existe un considerable acuerdo en que este trastorno se caracteriza por los elementos planteados por Pollit.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes, recurrentes, egodistónicos, es decir, no experimentados como pensamientos que invaden la conciencia y el sujeto intenta ignorarlos o suprimirlos. Las compulsiones son conductas repetitivas y con una aparente finalidad realizada de acuerdo con ciertas reglas o de forma estereotipada. La conducta no tiene una finalidad en sí misma, sino que está orientada a producir o prevenir alguna situación o acontecimiento futuro. A veces, la actividad tiene una cierta relación racional con el desastre que se quiere prevenir (por ejemplo, comprobar repetidamente si la puerta está cerrada para evitar un robo), aunque es excesivo y en otras ocasiones no se halla una relación coherente. La acción es realizada bajo la presión de una compulsión, asociada al deseo de resistirla, por lo menos al comienzo. La mayoría de las veces la persona reconoce lo absurdo de tal conducta y no encuentra ningún placer en realizarla, aunque sí proporciona un alivio a su ansiedad.

La incidencia del trastorno obsesivo-compulsivo está entre un 0,3 y un 0,6% en pacientes ambulatorios y alrededor de un 2% entre los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos. Aunque Marks (1987), cita estudios comunitarios en los que se presenta una frecuencia mayor (entre 1,6 y 2,5%). Los síntomas obsesivo-compulsivos son mucho más comunes que el trastorno. La frecuencia de los síntomas en la comunidad es de un 14% en Estados Unidos, 11% en el Reino Unido y de 2,4% en Uganda (Marks, 1987).

Universidad Autónoma de Barcelona.

e. Compulsiones observables desencadenadas por ideas de futuros desastres.
f. Ausencia de rituales observables, pero encubiertos con ideas de desastres futuros.

Foa y cols. (1985) conceptualizan los diferentes síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo como manifestaciones de las estructuras cognitivas. Todos los rituales son reductores de ansiedad, ya sean visibles o encubiertos. Así pues, plantean en las obsesiones (o pensamientos) tres componentes: a) indicios externos que desencadenan la ansiedad (ver un aseo público, tocar dinero, etc.), b) indicios internos, pensamientos, imágenes o impulsos que provocan malestar (por ejemplo, una blasfemia, imaginarse el daño físico infligido a un hijo, etc.), y c) consecuencias desastrosas que pueden ocurrir al no realizar una evitación. En la evaluación de la evitación establecen dos componentes: evitación pasiva (no hacer algo que pueda contaminar) y evitación activa o ritual (lavarse las manos, volver a contar, etc.). Puesto que la exposición con prevención de respuesta (en la realidad o en la imaginación) constituye el tratamiento más adecuado, el hecho de tener bien organizada esta información permitirá llevar a la práctica de manera adecuada la intervención.

II. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo debe contar con instrumentos que consideren tanto la actividad observable como la encubierta.

La mayoría de los métodos tradicionales de la evaluación conductual es útil. Los métodos indirectos (entrevista y autoinformes) proporcionan una información inestimable para enfocar el tratamiento. A continuación se abordarán los aspectos que debe cubrir la entrevista realizada al paciente, pero ello no excluye la necesidad de entrevistar a familiares y/o amigos, ya que de éstos no sólo se obtiene información del problema, sino que la entrevista puede motivarlos en caso de que se utilicen como "coterapeutas"; en niños, esto se hace imprescindible (Bragado, Solano y Crespo, 1990).

Las escalas de evaluación presentan un listado de síntomas, permitiendo a veces evaluar la gravedad del trastorno. Los autoinformes proporcionan cada vez más una mayor fiabilidad y validez, haciendo posible determinar con exactitud las áreas de intervención; además, permiten analizar pensamientos, imágenes y/o aspectos encubiertos.

Por su parte, la observación, autoobservación y registros psicofisiológicos constituyen procedimientos imprescindibles para concretar la topografía de conductas rituales y obsesiones.

II.1. *Entrevista*

Según Foa y cols. (1985), en la entrevista se deben considerar los siguientes aspectos:

a. Las obsesiones: (aquello que evoca ansiedad/malestar).

• Indicios externos: objetos o situaciones que son fuente de elevada ansiedad o malestar tales como la orina, pesticidas, cerrar la puerta, conducir, etcétera.
• Indicios internos: pensamientos, imágenes o impulsos que provocan ansiedad, vergüenza o disgusto como algunos números, impulsos de dañar al propio bebé, pensamiento de ser contaminado, pensamiento de negligencia (dejar la llave del gas abierta), sensaciones corporales como taquicardia, dolor o sudor.
• Anticipación del daño causado por factores externos como la enfermedad por tocar un objeto contaminado, ser robado si la puerta no está bien cerrada, así como daño consecuente a indicios externos de pensamiento, imágenes o impulsos («Dios me castigará por pensar...»), sensaciones corporales («perderé el control»), experiencia de altos niveles de ansiedad («esta ansiedad jamás desaparecerá y siempre me sentiré muy mal»).

b. Evitación y escape.

• Evitación pasiva: situaciones u objetos que se evitan (aseos públicos, conducir, tocar a determinada gente, etc.). A veces, incluyen prácticas sutiles de evitación, tales como tocar la menor superficie posible de las manecillas de las puertas, conducir sólo cuando hay muy poco tráfico, etcétera.
• Rituales, tanto de conductas que incluyen lavarse, limpiar, comprobar, repetir una acción, ordenar objetos, preguntar repetidamente para asegurarse, etc., como rituales cognitivos como rezar, pensamientos neutralizantes, "buenos números", etc., o rituales sutiles en conductas como usar trapos para tocar ciertos objetos, o lociones o detergentes para descontaminar las manos.

Se debe prestar atención a la relación entre evitación e indicios de miedo, dado que la relación funcional entre los indicios temidos y la evitación es evaluada en la entrevista. Ésta se puntúa en una escala de 8 puntos en las áreas de miedo, evitación y rituales; en los protocolos de investigación están valoradas por el paciente, terapeuta y/o un asesor independiente.

Esta información nos puede sugerir la estructura de la situación concreta del sujeto; un individuo puede mostrar poca evitación y muchos rituales, mientras que otro puede manifestar múltiples evitaciones, y únicamente mostrar conductas rituales cuando hay ocasionalmente un contacto.

c. Historia general del problema.

- Acontecimientos asociados con el inicio.
- Fluctuaciones en el curso de los síntomas y acontecimientos asociados con la remisión y recurrencia de los mismos.
- Intentos de afrontamiento y resultados obtenidos.

d. Estado de ánimo.

- Nivel de depresión
- Niveles de ansiedad

e. Historia familiar, nivel de educación, ocupaciones profesionales, experiencias sexuales, historia marital y médica.

II.2. *Escalas de evaluación*

En la recogida sistemática de información sobre los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo resultan extraordinariamente útiles las escalas de evaluación. McCarthy y Foa (1988) utilizan escalas tipo Likert de 0 a 8 puntos para evaluar el miedo, la evitación y los rituales. En general, la fiabilidad interjueces encontrada con estas pruebas es alta.

La *Yale-Brown obsessive-compulsive scale* [Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown] de Goodman y cols. (1989) no sólo ofrece un listado exhaustivo de síntomas, sino que proporciona medidas de duración, interferencia, malestar y resistencia de las obsesiones y compulsiones. Las obsesiones y compulsiones están divididas en:

- Obsesiones de contenido agresivo.
- Obsesiones de contaminación.
- Obsesiones de contenido sexual.
- Obsesiones por necesidad de simetría, exactitud u orden.
- Obsesiones diversas (miedo a no hablar con total precisión, sonidos, palabras o música intensa, etcétera).
- Obsesiones de compulsiones somáticas.
- Compulsiones de cómputo.
- Compulsiones de comprobación.
- Rituales de repetición.
- Compulsiones de ordenar y arreglar.
- Compulsiones de coleccionismo y acumulación.
- Compulsiones diversas.

Para cada una de las obsesiones y compulsiones se enumeran diversas modalidades y ejemplos, lo cual permite al sujeto situarse con exactitud en el tema adecuado.

La escala consta de 19 ítems; los 10 primeros evalúan los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en una escala de 0 (no existe) a 4 (extremo); los 9 ítems restantes incluyen aspectos asociados al trastorno: dos hacen referencia a la evolución de la severidad y mejora global (escala de 0 a 6), uno determina la validez y otro el juicio del clínico. La primera parte del cuestionario, que incluye toda la posible sintomatología, está constituida por una lista de obsesiones y compulsiones que están presentes o se produjeron en el pasado, pudiendo ser usada como entrevista semiestructurada. Este formato permite una buena exploración de las conductas a través de las respuestas del sujeto y del juicio del clínico. La escala presenta buena fiabilidad y validez, así como sensibilidad al cambio. Existe una versión para niños.

II.3. *Instrumentos estandarizados*

A continuación se describen algunos de los instrumentos estandarizados para evaluar los síntomas obsesivo-compulsivos.

II.3.1. «*Leyton obsessional inventory, LOI* [Inventario de obsesiones de Leyton]»

Este inventario con formato verdadero-falso fue desarrollado por Cooper (1970); de éstos, 40 ítems se refieren a síntomas y 23 a rasgos obsesivos, por tanto nos da una escala de síntomas y otra de rasgos; 35 de ellos proporcionan dos escalas independientes: una de resistencia (severidad) y otra de interferencia.

Cooper (1970) encuentra que este inventario diferencia pacientes obsesivos de no obsesivos. Murray, Cooper y Smith (1979) aportaron evidencia acerca de la validez discriminante de este cuestionario; 73 individuos obsesivo-compulsivos obtuvieron una media de 43,8 (desviación típica de 10,6), mientras 100 sujetos normales mostraron una media de 10,3 (desviación típica de 6,2). La administración del test se simplificó con el desarrollo de una versión autoadministrada por parte de Kazarian, Evans y Lefave (1977), la cual mostró altas correlaciones con la original (de 0,72 a 0,77) (Snowdon, 1980).

Entre los problemas que presenta el inventario se puede destacar que las cuatro subescalas son interdependientes, que se centra más en los rasgos de personalidad compulsiva que en los síntomas obsesivo-compulsivos, y que muchos de sus ítems se refieren específicamente a aspectos culturales británicos. Existe una versión de 44 ítems para niños y otra de 20 ítems para adolescentes (Rapoport, 1989*a*, 1989*b*).

dos subtipos de individuos obsesivo-compulsivos ("limpiadores" y "comprobadores").

Existe una versión reducida de este cuestionario propuesta por Bouvard, Cottraux, Defayolle y Messy (1986), en la que se suprimen los ítems relativos a fobias.

II.3.4. «*Maudsley obsessional-compulsive inventory*, MOCI [Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley]»

Este inventario autoadministrado de 30 ítems con formato de respuesta de verdadero-falso, elaborado por Hogson y Rachman (1977), evalúa aspectos cognitivos y conductuales del trastorno obsesivo-compulsivo. Aporta puntuaciones en cuatro subescalas (limpiar, comprobar, lentitud y duda) y una puntuación global. Su fiabilidad y validez son aceptables. En el apéndice 1 se presenta una traducción de este inventario.

II.3.5. «*The inventory Padua* [Inventario de Padua]»

Por último, en esta enumeración de cuestionarios de evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo, se incluye el *Inventario de Padua* (Sanavio, 1988; Sternberger y Burns, 1990). Consta de 60 ítems que describen las conductas obsesivo-compulsivas más comunes y permite investigar la topografía de tales conductas en poblaciones normales y clínicas. Se desarrolló a partir de entrevistas a pacientes obsesivos. Se describen cuatro grandes factores hallados en una muestra importante de población general: Falta de control sobre actividades mentales, Sentirse contaminado, Conductas de comprobación y Miedo a la pérdida de control conductual. En el apéndice 2 se incluye una traducción de este cuestionario.

II.4. *Observación*

A pesar de que en la literatura sobre la evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo no suele incluirse con mucha frecuencia, la observación es una técnica que provee de información relevante. Para conocer las condiciones que se necesitan para hacer de la observación un procedimiento fiable y válido consúltese Anguera (1987). Generalmente, se deben de especificar claramente las categorías a observar y, para constatar su fiabilidad, se suele usar el método entre jueces estableciendo en un 80% o más de coincidencia el nivel más aceptable.

Evidentemente, sólo se pueden observar conductas motoras, por lo que esta técnica está especialmente indicada para evaluar los rituales. En población infantil constituye un procedimiento muy recomendable; en este caso, se debe ense-

II.6. *Registros psicofisiológicos*

El estudio de las respuestas psicofisiológicas se ha centrado tanto en la actividad eléctrica cerebral espontánea y potenciales evocados, como sobre el sistema nervioso autónomo. En el primer caso se ha intentado determinar el papel de los factores neurológicos en el trastorno obsesivo-compulsivo, sugiriendo una conexión entre procesos infecciosos o traumáticos tempranos y el desarrollo del trastorno. De todas formas, los resultados hallados han sido poco consistentes.

En los análisis de las respuestas del sistema nervioso autónomo, se parte de los niveles de ansiedad que experimentan los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Los resultados demuestran que, como en el caso de los fóbicos, los pacientes obsesivo-compulsivos muestran un aumento en la respuesta autonómica cuando se enfrentan a los objetos y situaciones temidos, y manifiestan una disminución de la ansiedad cuando realizan los rituales. Por medio de registros psicofisiológicos se puede apreciar cómo el material obsesivo-compulsivo, es discriminado del material neutro usando registros de la tasa cardíaca y actividad electrodérmica. También se ha encontrado que algunos pacientes muestran disminuciones en estas respuestas a medida que avanzan en la terapia y presentan mejoría clínica.

III. CONCLUSIONES

En este capítulo se han presentado algunos de los procedimientos para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo. Los procedimientos indirectos (entrevista y cuestionarios) nos presentan aquellos datos subjetivos que hacen más fácil el conocimiento de las circunstancias del sujeto y la interpretación de su trastorno. Los métodos directos (observación y autorregistro) aportan datos válidos que permiten avanzar en el grado de conocimiento del problema. Unos y otros se han utilizado para evaluar el tratamiento y algunos han demostrado una gran fiabilidad y validez en este empeño.

Debido a la gravedad e interferencias que provoca el trastorno obsesivo-compulsivo urge el desarrollo y perfeccionamiento de los métodos de evaluación a fin de poder aplicar intervenciones coherentes y que permitan aliviar este trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J. J. (1977). The measurement of obsessionality: first validation studies of the Lynfiels obsessional/compulsive questionnaire. *Journal of International Medical Research, 5*, 12-15.

Allen, J. J. y Tune, G. S. (1975). The Lynfiels obsessional compulsive questionnaire. *Scottish Medical Journal, 20*, 21-24.

Anguera, M. T. (1987). La observación I y II. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide.

Avia, H. D. (1987). La autoobservación. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.), *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide.

Bouvard, M., Cottraux, J., Defayolle, M. y Messy, P. (1986). *Validity and factorial structure of the Compulsive-activity checklist*. Documento inédito.

Bragado, C., Solano, C. y Crespo, M. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: naturaleza, evaluación y tratamiento. Una revisión. *Clínica y Salud, 1*, 2, 85-115.

Cooper, J. E. (1970). The Leyton obsessional inventory. *Psychological Medicine, 1*, 48-64.

Foa, E. B., Steketee, G. S., Grayson, J. B., Turner, R. M. y Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15*, 450-472.

Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: from theory to treatment. En M. Mavissakahan (Comp.) *Obsessive-compulsive disorders: psychological and pharmacological treatments*.

Foa, E. B. y Tillman, A. (1980). The treatment of obsessive-compulsive neurosis. En A. Goldstein y E. B. Foa (Comps.) *Handbook of behavioral interventions*. Nueva York. Wiley.

Freund, B., Steketee, G. y Foa, E. B. (1985). *Comparison of obsessive-compulsive symptomatology measures: standarized versus Global rating scales, assessor versus self-rated*. Documento inédito.

Freund, B., Steketee, G. S. y Foa, E. B. (1986). Compulsive-activity checklist. En M. Hersen y A. S. Bellack (Comps.) *Dictionary of behavioral techniques*. Nueva York. Pergamon Press.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hills, C. L., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsesive-compulsive scale. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006-1016.

Hogson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395.

Kazarian, S. S., Evans, D. R. y Lefave, K. (1977). Modification and factorial analysis of Leyton obsessional inventory. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 422-425.

Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford. Oxford University Press.

Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry, 136*, 1-25.

Mawson, D., Marks, I. M. y Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *British Journal Psychiatry, 140*, 11-18.

McCarthy, P. R. y Foa, E. B. (1988). Obsessive-compulsive disorder. En H. Hersen y C. Glast (Comps.) *Child behavior therapy. Case book*. Nueva York. Plenum Press.
Murray, E. J., Cooper, J. E. y Smith, S. (1979). The Leyton obsessional inventory: an analysis of the responses of 73 obsessional patients. *Psychological Medicine, 9*, 305-311.
Pollit, J. (1956). Discussion: obsessive-compulsive state (abridged). *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 49*, 842-845.
Raich, R. M. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. En D. Macià y F. X. Méndez (Comps.) *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.
Rapoport, J. (1989*a*). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington DC. American Psychiatric Press Inc.
Rapoport, J. (1989*b*). *The boy who couldn't stop washing*. Nueva York. Penguin Books.
Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 2, 169-177.
Schneider, K. (1925). Compulsive states and schizophrenia. *Archive for Psychiatre and Nervenkrankheiten, 74*, 93-99.
Snowdon, J. (1980). A comparison of written and post hoc forms of the Leyton obsessional inventory. *Psychological Medicine, 10*, 165-170.
Sternberger, L. G. y Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions: psychometric properties of the Padua Inventory with an American College population. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 4, 341-345.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Beech, H. R. y Vaughan, M. (1987). Evaluación de las conductas obsesivas. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual (3.ª edición)*. Madrid. Pirámide.
Bragado, M. C., Solano, C. y Crespo, M. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia, naturaleza, evaluación y tratamiento: una revisión. *Clínica y Salud, 1*, 85-115.
Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales I y II*. Barcelona. Martínez Roca (orig. 1987).
Mavissakalian, M. R. y Barlow, D. H. (1981). Assessment of obsessive-compulsive disorders. En D. H. Barlow (Comp.) *Behavioral assessment of adult disorders*. Nueva York. Guilford Press.
Rapoport, J. L. (1989). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington. American Psychiatric Press Inc.
Rapoport, J. L. (1990). *El chico que no podía dejar de lavarse las manos*. Barcelona. Ultramar (orig. 1989).

APÉNDICE 1. INVENTARIO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES DE MAUDSLEY

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste a cada pregunta rodeando con un círculo la palabra *VERDADERO (V)* o *FALSO (F)* que está al final de cada ítem. No hay buenas o malas respuestas, ni preguntas-trampa. Conteste deprisa y no piense demasiado sobre el significado exacto de cada pregunta.

1.	Evito usar teléfonos públicos debido a su posible contaminación	V	F
2.	Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me resulta difícil desembarazarme de ellos	V	F
3.	Me preocupo más que la mayoría de la gente acerca de la honestidad	V	F
4.	A menudo llego tarde porque parece que no sea capaz de realizar nada a tiempo	V	F
5.	No me preocupa excesivamente contaminarme si toco un animal	V	F
6.	Tengo que comprobar las cosas (por ej., gas, cadena del WC, puertas, etc.) varias veces	V	F
7.	Tengo una conciencia muy estricta	V	F
8.	Casi todos los días me siento mal porque tengo pensamientos desagradables que aparecen en mi mente en contra de mi voluntad	V	F
9.	No me preocupa excesivamente si accidentalmente tropiezo con alguien	V	F
10.	Generalmente dudo mucho acerca de las cosas sencillas que hago cada día	V	F
11.	Mis padres no fueron muy estrictos durante mi infancia	V	F
12.	Tiendo a ir retrasado en el trabajo porque repito cosas una y otra vez	V	F
13.	Acostumbro a gastar una cantidad normal de jabón	V	F
14.	Algunos números traen mala suerte	V	F
15.	No acostumbro a comprobar una y otra vez las cartas antes de echarlas al buzón	V	F
16.	Vestirme por la mañana no me lleva mucho tiempo	V	F
17.	No estoy excesivamente preocupado por la limpieza	V	F
18.	Uno de mis mayores problemas es que pongo demasiada atención a los detalles	V	F
19.	Puedo usar WC bien cuidados sin problemas	V	F
20.	Mi mayor problema es que compruebo repetidamente	V	F
21.	No estoy excesivamente preocupado acerca de gérmenes y enfermedades	V	F
22.	No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	V	F
23.	No me mantengo en una rutina estricta cuando hago las cosas usuales	V	F
24.	No siento que mis manos estén sucias después de tocar dinero	V	F
25.	Generalmente no cuento cuando realizo un trabajo rutinario	V	F

14.	Me obligo a seguir un orden particular cuando me visto, me desvisto o me lavo	0	1	2	3	4
15.	Antes de ir a dormir tengo que hacer ciertas cosas en cierto orden	0	1	2	3	4
16.	Antes de ir a dormir tengo que colgar y doblar mi ropa de una manera determinada	0	1	2	3	4
17.	Siento que debo repetir algunos números sin una razón especial	0	1	2	3	4
18.	Tengo que hacer las cosas varias veces hasta que considero que están bien hechas	0	1	2	3	4
19.	Me entretengo, persisto en comprobar cosas más a menudo de lo necesario	0	1	2	3	4
20.	Compruebo y vuelvo a comprobar la llave del gas y los grifos y los interruptores de la luz después de cerrarlos	0	1	2	3	4
21.	Vuelvo a casa para comprobar si las puertas, ventanas, cajones, etc. están bien cerrados	0	1	2	3	4
22.	Paso mucho tiempo comprobando los ingresos, documentos, cheques, etc. en detalle para estar seguro de que los he rellenado correctamente	0	1	2	3	4
23.	Tiendo a volver atrás para comprobar si las cerillas, cigarrillos, etc. están bien apagados	0	1	2	3	4
24.	Cuento y recuento repetidas veces el dinero	0	1	2	3	4
25.	Compruebo las cartas cuidadosamente antes de echarlas al buzón	0	1	2	3	4
26.	Encuentro que es difícil tomar decisiones incluso en cosas poco importantes	0	1	2	3	4
27.	A veces no estoy seguro de haber realizado cosas que de hecho yo sé que las he realizado	0	1	2	3	4
28.	Tengo la impresión de que no seré jamás capaz de explicar las cosas claramente, especialmente cuando hablo acerca de cosas importantes que me afectan	0	1	2	3	4
29.	Después de hacer una cosa cuidadosamente aún tengo la impresión de que o lo he hecho mal o no lo he terminado	0	1	2	3	4
30.	A veces llego tarde porque me entretengo haciendo determinadas cosas más veces de las necesarias	0	1	2	3	4
31.	Invento dudas y problemas acerca de la mayor parte de las cosas que hago	0	1	2	3	4
32.	Cuando empiezo a pensar en ciertas cosas me obsesiono con ellas	0	1	2	3	4
33.	Pensamientos desagradables invaden mi mente en contra de mi voluntad y no puedo librarme de ellos	0	1	2	3	4
34.	Palabras obscenas o sucias me vienen a la mente y no puedo librarme de ellas	0	1	2	3	4
35.	Mi cerebro "va por su cuenta" y me resulta difícil atender a lo que está sucediendo a mi alrededor	0	1	2	3	4
36.	Imagino consecuencias desastrosas como resultado de distracciones o pequeños errores que yo he cometido	0	1	2	3	4

37. Pienso o me preocupa mucho haber hecho daño a alguien sin saberlo 0 1 2 3 4
38. Cuando me entero de un desastre pienso que de alguna manera es por mi culpa 0 1 2 3 4
39. A veces me preocupo mucho sin razón sobre si me hago daño o tengo alguna enfermedad 0 1 2 3 4
40. A veces empiezo a contar objetos sin ninguna razón 0 1 2 3 4
41. Siento que debo recordar números que no son importantes para nada 0 1 2 3 4
42. Cuando leo tengo la impresión de que me he dejado alguna cosa importante y debo volver atrás y leer de nuevo el párrafo por lo menos 2 ó 3 veces 0 1 2 3 4
43. Me preocupa no recordar completamente cosas sin importancia y hago un esfuerzo para no olvidarlas 0 1 2 3 4
44. Cuando un pensamiento o duda invade mi mente tengo que examinarlo desde todos los puntos de vista y no puedo parar hasta que lo he hecho 0 1 2 3 4
45 En algunas situaciones tengo miedo de perder el control y hacer cosas embarazosas 0 1 2 3 4
46. Cuando miro hacia abajo desde un puente o una ventana alta siento el impulso de tirarme al vacío 0 1 2 3 4
47. Cuando veo un tren que se acerca, a veces pienso que podría tirarme bajo sus ruedas 0 1 2 3 4
48. A veces me siento tentado a desnudarme en público 0 1 2 3 4
49. Cuando conduzco, a veces siento el impulso de tirarme contra alguien o algo 0 1 2 3 4
50. Ver armas me excita y me hace tener pensamientos violentos 0 1 2 3 4
51. Me siento mal y preocupado a la vista de cuchillos, adagas y otros objetos puntiagudos 0 1 2 3 4
52. A veces siento algo dentro de mí que me induce a hacer cosas que no tienen sentido y que yo no quiero hacer 0 1 2 3 4
53. A veces siento la necesidad de romper o dañar cosas sin ninguna razón 0 1 2 3 4
54. A veces tengo el impulso de robar cosas de otros aunque para mí no sean útiles (o no me interesen) 0 1 2 3 4
55. A veces me siento irresistiblemente tentado a robar alguna cosa del supermercado 0 1 2 3 4
56. A veces tengo el impulso de dañar niños o animales indefensos 0 1 2 3 4
57. Siento que debo hacer gestos especiales o andar de una manera determinada 0 1 2 3 4
58. En algunas situaciones siento el impulso de comer muchísimo aunque después me sienta mal 0 1 2 3 4
59. Cuando me entero de un suicidio o de un crimen me siento mal durante un tiempo y me es difícil dejar de pensar en ello 0 1 2 3 4
60. Invento preocupaciones inútiles acerca de gérmenes y enfermedades 0 1 2 3 4

9. DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA DEPRESIÓN

FRANCISCO BAS y VERANIA ANDRÉS

I. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se comentan los sistemas de clasificación diagnóstica más importantes de la depresión, los instrumentos de evaluación de la severidad más utilizados y finalizaremos presentando un modelo de análisis funcional que facilita un acercamiento molecular al análisis de las conductas disfuncionales específicas. El capítulo se complementa con el siguiente, dedicado a la evaluación de los procesos y constructos básicos contemplados en los principales modelos clínicos de la depresión.

II. DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de los trastornos psicológicos es un tema polémico en la orientación conductual desde sus orígenes. En la actualidad, categorías diagnósticas como el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) pueden ser útiles para el clínico puesto que proporcionan un lenguaje común que facilita la comunicación acerca de los trastornos psicológicos, dan información útil a la hora de tomar decisiones con respecto al tratamiento y a la prevención (necesidad del tratamiento farmacológico o de una terapia combinada, etc.) y representan un sistema descriptivo para la clasificación de estos trastornos.

II.1. *Sistemas de clasificación diagnóstica*

Vamos a hacer un breve repaso de los sistemas más importantes de clasificación diagnóstica.

El *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), el *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) y el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) constituyen las clasificaciones más utilizadas por los clínicos en general. Dentro del apartado de trastornos del estado de ánimo, el *DSM-IV* distingue los

Centro de Psicología Bertrand Russell (Madrid).

trastornos bipolares de los depresivos. Hay dos trastornos bipolares: el bipolar y la ciclotimia; igualmente hay dos trastornos depresivos: la depresión mayor y la distimia. En la depresión mayor hay uno o más episodios de depresión mayor y en la distimia está presente una historia de estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo, sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los criterios del episodio de depresión mayor. Además, un episodio de depresión mayor actual puede catalogarse como tipo melancólico (una forma típica de depresión mayor grave que se muestra particularmente sensible a una terapia farmacológica), y/o crónico (cuando el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin ningún período de dos meses o más libre de síntomas). Una mayor especificación de este trastorno la encontramos en el llamado patrón estacional, en donde hallamos una relación regular y cíclica entre el inicio de un episodio anímico y un período específico de 60 días al año (para una revisión de este tema véase Blehar y Rosenthal, 1989). El patrón puede evaluarse por medio del *Cuestionario de evaluación del patrón estacional (SPAQ)*, de Rosenthal y colaboradores (véase Heerwagen, 1990).

A partir del *DSM-III-R* se ha mejorado considerablemente la fiabilidad del diagnóstico de este tipo de trastornos, presentando un coeficiente de acuerdos interjueces que llega en el caso de la depresión mayor a un 0,93 y en el de la distimia a un 0,88. En el apartado de evaluación de la severidad de este capítulo se incluye algún comentario acerca de las entrevistas desarrolladas para evaluar la presencia de estos criterios diagnósticos.

El *DSM-IV* ha realizado cambios en la clasificación con el fin de incrementar la compatibilidad con el *ICD-10*, para acomodar las conclusiones presentadas en la literatura, el reanálisis de datos y/o los ensayos de campo y aumentar la claridad y la utilidad. Asimismo, parece claro que la distinción psicótico-no psicótico es importante para el pronóstico y para guiar el tratamiento y se apoya el énfasis que se hace de esta distinción en el *DSM-III-R* (Frances y Hall, 1992). Por lo que respecta a los trastornos bipolares, existe un claro consenso en añadir un subtipo que incluya a los sujetos que cambian de forma rápida de un estado maniaco a un estado depresivo (el denominado *rapid cycling*). Por otro lado, se mantiene también el trastorno psicoafectivo, pues revisiones recientes de la literatura confirman que ésta es una distinción útil (Kendler, 1991).

El *ICD-9* (World Health Organization, 1978), el *ICD-9-CM* (World Health Organization, 1978) y el *ICD-10* (World Health Organization, 1992) son sistemas más conservadores que el anterior. El *ICD-9* define la depresión psicótica como el principal síndrome depresivo. Se distingue ésta de la depresión neurótica, que se caracteriza por ser una depresión desproporcionada que ocurre después de una experiencia estresante. Este tipo de depresión no incluye delirios ni alucinaciones y además se diferencia de la depresión psicótica en el grado de depresión y en el grado de perturbación conductual. Estas definiciones, como veremos a continuación, son consideradas como ambiguas, recomendándose que en estudios de investigación donde los grupos tengan que ser definidos de forma cuidadosa, se utilice el *DSM-III-R* o el *Research diagnostic criteria (RDC)*, sistemas

• Reactiva-Endógena. Esta distinción no presenta suficiente fiabilidad y validez para ser útil a los psicólogos clínicos. Entender la depresión reactiva como aquella reacción del sujeto ante un suceso estresante, parece poco preciso a nivel explicativo. De esta forma, la mayor parte de los autores en el momento actual opina que la validez de este subtipo es cuestionable (Leber y cols., 1985; Keller, 1988; Hammen, 1991). Por otro lado, el desarrollo de la interpretación cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979*a*) se aleja de una explicación exclusivamente ambientalista. Ni el *RDC* ni el *DSM-IV* presentan ya esta distinción.

Podría parecer de mayor utilidad el concepto de depresión endógena, sobre todo en su versión actual que entiende ésta como un conjunto de síntomas que incluirían pérdida de peso, insomnio tardío, retraso psicomotor y sentimientos de culpa, sin considerar qué sucesos precipitantes han disparado la aparición del episodio (Spitzer y y cols., 1978). Existe considerable evidencia de la validez de este síndrome (Kendell, 1976; Nelson y Charney, 1981; Feinberg y Carroll, 1982, 1983). Por ello, este concepto se encuentra representado en el subtipo endógeno de depresión mayor en el *RDC* y en el subtipo melancólico en el *DSM-III-R* y en el *DSM-IV*. Sin embargo, otras investigaciones, algunas de ellas recientes, han puesto en duda que este tipo de depresión sea de mayor gravedad y responda especialmente a la medicación o a la terapia electroconvulsiva (Blackburn, Bishop, Whalley y Christie, 1981; Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1981; Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark, 1989; Zimmermann y Spitzer, 1989). De hecho, trabajos prácticos ya citados (Blackburn y cols., 1981; Kovacs y cols., 1981), y otros más recientes (Teasdale, Fennell, Hibbert y Amies, 1984; Thase, Simons, Cahalane y McGeary, 1991) señalan que las terapias cognitivo-conductuales pueden ser muy eficaces con esta población de pacientes.

• Primaria-Secundaria. La depresión primaria se ha caracterizado por cumplir los criterios diagnósticos de un síndrome depresivo como la depresión mayor cuando al mismo tiempo no se presenta ningún otro trastorno psiquiátrico no afectivo o alguna enfermedad física (Feighner, Robins y Guze, 1972). Por otro lado, la depresión secundaria se ha referido a la sintomatología depresiva que aparece precedida por cualquier trastorno psiquiátrico no afectivo o una enfermedad física. Parecía que había sido útil esta distinción sobre todo con fines de investigación y también podría tener alguna utilidad clínica. Sin embargo, la revisión de las investigaciones de este campo han llevado a algunos autores a concluir que no hay una evidencia definitiva de que esta distinción prediga diferencias en las respuestas al tratamiento o en la etiología (Leber y cols., 1985), cuestionando la utilidad clínica de esta distinción, a menudo difícil de realizar (Hammen, 1991). No olvidemos que para que una distinción sea útil con fines de investigación o clínicos deben encontrarse diferencias claras en la historia genética, la biología, la respuesta al tratamiento y el desarrollo del trastorno, entre otras variables.

• Unipolar-Bipolar. Esta clasificación propuesta por Leonhard (1957), que insistía en la diferencia entre los distintos síndromes por la aparición o no de períodos maniacos, sí tiene suficiente apoyo en la literatura, ya que se encuentran diferencias en la mayoría de las áreas antes señaladas. El tipo bipolar parece estar más determinado por factores genéticos (Zerbin-Rudin, 1969; Depue y Monroe, 1978; Baron, Klotz, Mendlewicz y Rainer, 1981; Perris, 1982), con una distribución por sexos aproximadamente igual (Angst, 1966; Perris, 1966), frente al tipo unipolar, donde las mujeres presentan hasta el doble de episodios comparadas con los hombres (Weissman y Klerman, 1977). Con un comienzo alrededor del final de los veinte años, mientras que la depresión unipolar suele comenzar al principio de los cuarenta (Angst, 1966; Perris, 1966; Winokur, Clayton y Reich, 1969); con diferencias en su sintomatología, por ejemplo, la depresión bipolar presenta más hipersomnio que insomnio (Akiskal y cols., 1983), más quejas somáticas y menos experiencias subjetivas de ansiedad (Katz y cols., 1982); con diferentes respuestas al tratamiento farmacológico, respondiendo la depresión bipolar mejor al litio y la unipolar a los tricíclicos (Coppen, Metcalfe y Wood, 1982; Katz y cols., 1982). También parece que la eficacia de la terapia cognitiva está demostrada en la depresión unipolar y falta investigación para confirmar su eficacia en la depresión bipolar (Beck y cols., 1979*a*).

Por otro lado, Perris (1982), después de revisar los estudios biológicos, cree que no hay datos concluyentes con respecto a las diferencias en los procesos bioquímicos de los dos subtipos. Otros autores (Gershon, Baron y Leckman, 1975; Baron y cols., 1981) han propuesto que estos dos trastornos pueden ser el resultado de un simple *continuum* de labilidad genética, donde el trastorno bipolar podría presentar una mayor desviación a este nivel. Más recientemente, alguno de estos autores ha informado del vínculo existente entre el trastorno bipolar y marcadores del cromosoma X (Baron y cols., 1987; Mendlewicz y cols., 1987). Los sistemas de clasificación más importantes incluyen la diferenciación entre estos dos tipos.

II.3. *Diagnóstico diferencial*

Desde un punto de vista psiquiátrico se recomienda realizar una evaluación detallada para excluir la posibilidad de realizar una evaluación errónea. Así, mientras que no se clarifiquen suficientemente los patrones de clasificación diagnóstica, podríamos tener en cuenta, al menos, las siguientes distinciones: depresión unipolar-bipolar, depresión primaria-secundaria, depresión y trastorno psicoafectivo, depresión y trastornos de personalidad, depresión y enfermedades físicas, endocrinas, neurológicas o víricas (para una revisión, véase Cassem, 1988), depresión y demencia en la tercera edad, y depresión provocada por la ingestión de ciertos fármacos, como los antihipertensivos.

III. EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA Y DE LOS AUTOINFORMES

III.1. *Consideraciones generales sobre las entrevistas con sujetos deprimidos*

Los procedimientos clásicos más utilizados para evaluar son la entrevista y los autoinformes. En uno y otro caso, los problemas de validez y fiabilidad adquieren preponderancia. Las razones son obvias, especialmente de cara a la intervención y al pronóstico. La intervención no se realiza solamente según el análisis funcional de la conducta problema. Como acabamos de comentar, un diagnóstico previo puede señalar estrategias y procedimientos específicos (por ejemplo, si la depresión es bipolar o unipolar, si hay melancolía o no, si va acompañada de síntomas psicóticos o no, etc.) que nos pueden aconsejar la utilización de terapias psicológicas solas, combinadas con fármacos, la necesidad de hospitalización, etc. Además, ante problemas diferentes, podemos adelantar eficacias diferenciales de distintos procedimientos de intervención. Por otro lado, una adecuada evaluación de áreas deficitarias específicas (habilidades sociales, cognitivas, etc.) condiciona la definición correcta de objetivos terapéuticos. Finalmente, la eficacia de la intervención sólo podrá ser adecuadamente estimada cualitativa y cuantitativamente si hemos utilizado instrumentos de evaluación con suficientes garantías de validez y fiabilidad. También podrían alegarse otras razones a favor de un adecuado diagnóstico y una evaluación de los síntomas precisa y válida.

En este apartado nos vamos a centrar en la entrevista y en los autoinformes para evaluar la severidad de la depresión. La evaluación de algunos procesos psicológicos básicos del trastorno depresivo (ideas irracionales, distorsiones cognitivas, actitudes disfuncionales, desesperanza, etc.) serán abordados en el capítulo siguiente.

III.1.1. Entrevista con adultos

La entrevista con la persona depresiva implica ciertas dificultades específicas derivadas del tipo de problema que tiene. Beck (1967) señala que el negativismo, la irritabilidad, la pasividad, las dificultades para "abrirse" al entrevistador, las dificultades generales de interacción, etc., podrían generar frustración y malestar en el clínico que realiza la entrevista. Estas dificultades pueden paliarse si el entrevistador conoce a fondo la fenomenología, la conducta y la clínica del paciente depresivo y además ha superado ciertos sesgos personales como terapeuta. El conocimiento de la sintomatología típica y de la conceptualizacion y práctica del análisis funcional facilitan considerablemente el objetivo. De cualquier modo, algunas habilidades más personales, tales como calidez, empatía, respe-

CUADRO 9.1. *Resumen de los objetivos principales de las primeras sesiones*

1. *Listado completo de los problemas* y búsqueda tentativa de mecanismos de mantenimiento comunes.

2. *Historia de los problemas,* con el análisis, si los materiales ofrecidos son fiables, de los procesos de aprendizaje presentes en sus inicios. Si es posible debe ofrecerse al paciente un modelo provisional explicativo sobre el origen y mantenimiento de sus problemas basados en las teorías del aprendizaje clásico, instrumental, cognitivo y social.

3. *Evaluación de los recursos* de enfrentamiento a los problemas y de factores de protección que pudiéramos potenciar.

4. *Creación de una relación terapéutica* confiada, basada en la aceptación incondicional del paciente, a fin de generar expectativas positivas. Igualmente debe ofrecerse una información realista y matizada del proceso terapéutico conceptualizado como un proceso de aprendizaje.

5. En el caso de la práctica privada, el *coste económico y espaciamiento* de las sesiones deben abordarse abiertamente desde la primera sesión.

6. Especificación de los "*deberes para casa*", justificando pedagógicamente su necesidad y la función que cumplen. En muchos casos es deseable una intervención terapéutica en la primera sesión. Estas primeras intervenciones, centradas en los síntomas del sujeto, suelen proporcionar grandes beneficios terapéuticos, aunque no afecten a problemas principales.

7. *Cumplimentación de cuestionarios e historiales clínicos* que ofrece información esencial para crear líneas base en los ámbitos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales. Si no se hace en paralelo un diagnóstico clínico, deben evaluarse dimensiones que podrían señalar la necesidad de realizar intervenciones especiales, tales como la presencia de ideaciones, planes o intentos suicidas, desesperanza o síntomas psicóticos o maniacos.

notablemente la entrevista y el proceso terapéutico (no sólo en el caso de los sujetos depresivos, naturalmente). Los objetivos principales en las primeras sesiones deberían incluir al menos los aspectos señalados en el cuadro 9.1 (Bas y Andrés, 1992).

En la primera sesión se invita al paciente a que empiece a registrar situaciones-pensamientos-emociones-conductas-consecuencias, y que realice lecturas complementarias, tales como *Tus zonas erróneas* de Dyer (1979), *Sentirse bien* de Burns (1980), o *Cómo enfrentarse a la depresión* de Beck y Greenberg (1974).

En la medida en la que estos objetivos suelen trabajarse simultáneamente con los procesos de evaluación (al menos en la mayor parte de las terapias individuales de orientación cognitivo-conductual), una conceptualización de estos trabajos como "algo aislado" del proceso terapéutico vivo y continuo podría dar una idea errónea o sobresimplificada del proceso real. Fuera de las situaciones en donde específicamente sólo se trata de evaluar la conducta depresiva, en las situaciones terapéuticas normales (en gabinetes psicológicos, centros de salud, etc.) la intervención y la evaluación tienen fases y momentos de solapamiento y de mutua influencia (de hecho, la evaluación es continua y termina con la finalización de la terapia). Debe tenerse todo esto en cuenta a la hora de conceptualizar correctamente el proceso de evaluación en las situaciones terapéuticas reales, es decir, en lo que podríamos denominar "evaluación o diagnóstico contextualizado" (para analizar estos temas puede consultarse, por ejemplo, Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1981; Silva, 1988, 1989).

Pedir al sujeto que redacte una pequeña autobiografía, rellenar un historial clínico o utilizar el marco de recomendaciones para la investigación en depresión (Kupfer y Rush, 1983), que fue ampliado y comentado por Bas y Andrés (1990), podría cerrar el marco previo o paralelo a la contestación de cuestionarios. Con estos materiales ya es posible establecer tentativamente hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas problema, definir los objetivos terapéuticos y diseñar los programas de intervención adecuados.

III.1.2. Entrevista con niños y adolescentes

En relación a los niños, presentamos algunas recomendaciones para las entrevistas iniciales. Ante todo debemos hacernos estas preguntas:

a. ¿Sabe el niño por qué viene al psicólogo?
b. ¿Sabe el niño qué es un psicólogo y en qué puede ayudarle?
c. ¿Sabe qué es una terapia?

Una vez que el niño tiene claros los papeles respectivos y tiene expectativas realistas acerca de la terapia y el terapeuta, el objetivo esencial es "hacerse con el niño". Para ello deben de tenerse en cuenta al menos cinco estrategias:

a. Que todas las entrevistas no se efectúen en el despacho; interesa mantener relaciones fuera de él.

b. Ser siempre honesto con el niño; los niños, en general, son muy sensibles a las decepciones.

c. Ir sin prisas y cómodamente con las preguntas. No empezar preguntando sino presentando los hechos tal y como otros nos han dicho o informado. No implicarse en valoraciones ni acusaciones del niño. Respetar y valorar al niño de un modo claro y manifiesto.

necesario valorar, con los ancianos se convierten en habilidades indispensables para aumentar la empatía con el paciente.

b. El control de las posibles distorsiones que puede tener el terapeuta con respecto a las posibilidades de mejoría del paciente es otro aspecto a tener en cuenta, ya que estas distorsiones (afortunadamente ya bien estudiadas en la literatura) pueden favorecer actitudes pesimistas por parte del terapeuta y disminuir la probabilidad de éxito de la terapia (véase Emery, 1981).

c. La evaluación del ambiente familiar o comunitario es otra condición necesaria para poder establecer objetivos adecuados en la intervención y para poder realizar ésta con éxito, puesto que es frecuente encontrar que la familia mantiene con sus actuaciones el problema depresivo del paciente.

d. Los autorregistros tienen que ser adaptados a las posibilidades del paciente, simplificándolos o incluso en ocasiones renunciando a ellos, desarrollando otros métodos de evaluación.

e. Los contenidos de la evaluación tradicional deben ampliarse incluyendo un buen historial médico, la farmacoterapia actual y pasada, la presencia de síntomas orgánicos, los recursos sociales, económicos, de salud, su nivel de independencia personal, etcétera.

f. La forma de llevar las sesiones de terapia, donde en ocasiones se dedica más tiempo a la consecución de ciertos objetivos o incluso se modifican ciertas normas, flexibilizándolas.

g. La participación de los pacientes en grupos es especialmente indicada, ya que éstos actúan como una fuente de refuerzo y de apoyo social mutuo, sobre todo en casos donde el contacto social es mínimo.

III.2. *Entrevistas estructuradas*

Comentaremos a continuación dos importantes formatos de entrevista estructurada: la *Escala de Hamilton* y el *Protocolo para trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS).*

III.2.1. «Escala de Hamilton para la depresión»

Fue diseñada por Hamilton (1960) y requería que el paciente estuviera previamente diagnosticado, así como una buena experiencia por parte del clínico entrevistador. La escala ha sufrido varias revisiones desde su formato original con 21 elementos. Tras una entrevista de unos 30 minutos de media, el terapeuta daba sus puntuaciones y hacía sus anotaciones. Pero algunos trabajos señalaron cierta arbitrariedad en las recomendaciones de uso de la escala (Sotsky y Glass, 1983). Por todo ello, la escala ha experimentado dos modificaciones importantes desde la versión original, que han conducido al formato actual de 24 elementos.

leerlos todos antes de responder y evitar así ciertos sesgos de respuesta creados por la forma escalada de su presentación original (un análisis reciente del impacto de la aleatorización de estos ítems puede verse en Dahlstrom, Brooks y Peterson, 1990). Asimismo, a la versión castellana le faltan los ítems 6 (sentimientos de castigo) y 14 (imagen corporal). Igualmente, el ítem sobre insomnio está ampliado a ocho opciones a fin de cubrir ciertas criticas anteriores (Mayer, 1977).

La versión norteamericana va por tanto de 0 a 63 puntos. Las categorías de severidad se han subdividido en intervalos: entre 0-9 puntos indica un estado no depresivo, 10-15 refleja depresión media, 16-23 depresión moderada, 24-63 depresión severa. En estudios de postratamiento y seguimiento, índices de 0-9 se interpretan como de depresión en remisión, entre 10-15 remisión parcial y entre 16-63 que el sujeto se mantiene sintomático. La escala es de muy fácil utilización y se tarda entre 10 y 15 minutos en completarla.

El 64% de los ítems se refiere a actitudes o síntomas verbales/cognitivos, mientras que sólo el 9% se refiere a rasgos afectivos. Esta composición contrasta con la de otros autoinformes de depresión, tales como la *Center for epidemiological studies depression scale*, CES-D [Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos] de Radloff (1977) que contiene un 40% de rasgos verbales/cognitivos y un 32% de afectivos. Esta característica "cognitiva" del BDI se ha señalado reiteradamente, siendo congruente con el modelo teórico de la depresión defendido por su autor principal (Beck, 1967, 1976). Hay varias formas abreviadas del BDI. La original de Beck y Beck (1972), de 13 ítems, ha demostrado su fiabilidad y validez (Beck y Beamesderfer, 1974; Scott, Hannum y Ghrist, 1982).

En relación al uso del BDI, Kendall y cols. (1987) han ofrecido las sugerencias siguientes:

a. El BDI es un instrumento sensible para evaluar el síndrome depresivo, pero no fue diseñado para establecer un diagnóstico de la depresión, entendida ésta desde una perspectiva nosológica.

b. La evaluación de la depresión debe hacerse con distintos instrumentos aplicados concurrentemente.

c. La evaluación "multimétodo" es la más recomendable antes de señalar la presencia de una categoría nosológica.

d. Deberíamos reservar el término "depresión" para aquellos individuos con una puntuación mayor de 20 y con un diagnóstico concurrente realizado a través de una entrevista clínica estructurada. Aquellos sujetos que hemos seleccionado sólo a través del BDI deberíamos denominarlos "disfóricos", que implica afectividad negativa no específica.

e. No se recomienda el uso de las formas breves del BDI, ya que la precisión en clasificación de casos es mucho más baja que con el formato largo. Los autores incorporan en su trabajo una tabla orientativa:

pios autores señalan la necesidad de realizar más estudios de validez de este inventario en esta población (Scogin, Beutler, Corbishley y Hamblin, 1988). Esta versión ha sido utilizada en algún estudio de resultados de la terapia cognitivo-conductual con esta población (Steuer y cols., 1984).

El *BDI* se ha aplicado en culturas y países muy distintos (véase Steer, Beck y Garrison, 1986), demostrando su utilidad y validez clínica y psicométrica reiteradamente; sus características psicométricas pueden verse en el cuadro 9.2.

III.3.2. «*Chil depression inventory, CDI* [Inventario de depresión para niños]»

Si bien el *BDI* puede utilizarse para adolescentes y niños (Albert y Beck, 1975; Lefkowitz y Tesiny, 1980; Strober, Green y Carlson, 1981; Whithing, 1981), la versión de Kovacs y Beck (1977), modificada posteriormente por Kovacs (1981), denominada *Child depression inventory, CDI* [Inventario de depresión para niños] constituye una alternativa interesante para la población infantil. El alfa de Cronbach es de 0,86 y la fiabilidad test-retest para un mes de 0,72. Una revisión con algunas puntuaciones en población española puede verse en Frías, Del Barrio y Mestre (1991), y su bondad como instrumento de evaluación en España se analiza en el trabajo de Villamisar y Ezpeleta (1990). Otros datos de interés para la evaluación de la depresión infantil pueden encontrarse en la revisión de las escalas de la depresión de Ezpeleta, Doménech y Polaino (1988). Kovacs (1985) también ha presentado una entrevista psiquiátrica válida para jóvenes de entre 8 y 17 años: *The interview schedule for children, ISC* [Protocolo de entrevista para niños] de tipo semiestructurado, en proceso de adaptación a la población española por Bas y Andrés.

Bas (1987*a*, 1987*b*) pasó el *CDI* a una muestra de 301 estudiantes de 6.º, 7.º y 8.º de EGB de un colegio de Madrid. La muestra constaba de 164 chicos y 137 chicas, con una edad media de once años y once meses. La curva de distribución "porcentaje de sujetos × puntuación en el *CDI*" fue muy similar a la encontrada por Friedman y Butler (1979), que sirvió de base a los datos ofrecidos por Kovacs (1983), aunque con el baricentro ligeramente desplazado hacia la derecha. La puntuación media obtenida fue de 10,76, con un error estándar de 5,86. La fiabilidad test-retest fue de 0,72 para un grupo de 58 estudiantes formado por depresivos y no depresivos, espaciadas ambas evaluaciones en quince semanas. Finalmente, un dato de interés ofrecido en esta misma investigación fue que las puntuaciones del *CDI* correlacionaron significativamente con las de un cuestionario para evaluar distorsiones cognitivas para niños, siendo el valor de 0,58.

III.3.6. «*Carroll rating scale for depression* CRS [Escala de Carroll para la depresión]»

Esta escala de autoinforme sigue muy de cerca los contenidos de los ítems del *HRSD* de Hamilton. Carroll y cols. (1981) la desarrollaron bajo la idea de que los temas reflejados en el *HRSD* (como ya hemos señalado, esencialmente conductuales y somáticos) eran más propios de la depresión que aquellos otros subrayados por el *BDI* de Beck (afectivos, motivacionales y cognitivos).

La escala está compuesta por 52 ítems autodescriptivos, con respuestas de sí o no. Se pide al sujeto que responda según el modo en que se ha sentido o comportado en ese día o en los últimos días. Cuarenta respuestas indican depresión si son respondidas con un "sí" y doce si van seguidas de un "no"; por tanto, las puntuaciones pueden variar de 0 a 52. Como el resto de las escalas señaladas, no sirve para hacer diagnóstico, evaluando sólo el nivel o severidad de la depresión.

Al igual que ocurre con el *BDI*, la *CRS* discrimina mejor a los grupos con baja severidad depresiva que a los de alta. Presenta un poder discriminante similar al del *HRSD* para esas muestras de población clínica (Feinberg, Carroll, Smouse y Rawson, 1981), tendiendo a sobreestimar la severidad conforme ésta se incrementa. Los valores psicométricos pueden verse en el cuadro 9.2.

En la población general, la puntuación media es de 4,6 puntos, frente a la de 17,26 obtenida en un grupo de pacientes depresivos unipolares (Smouse y cols., 1981). Nuevos datos de esta escala pueden verse en Feinberg y Carroll (1986). Recientemente, Taylor y Klein (1989) han encontrado que podría tratarse de un instrumento más sensible que el *BDI* para evaluar la recuperación de depresivos unipolares.

III.3.7. «*Center for Epidemiological Studies, depression scale, CES-D* [Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos]»

Radloff (1977) diseñó esta escala para medir síntomas depresivos en la población general. Consta de 20 ítems extraídos de otras escalas previamente estudiadas y validadas *(BDI, SDS, MMPI-D)*. Los temas elegidos son estado de ánimo depresivo, sentimiento de infelicidad y desesperanza, retardo psicomotor, sentimientos de culpa y desvalorización, pérdida de apetito y alteraciones del sueño. Se hace especial hincapié en el componente afectivo de la depresión frente a otros síntomas. Pero el análisis factorial revela que este componente sólo explica el 16% de la varianza.

La escala se ha utilizado tanto como autoinforme como para ser rellenada por entrevistadores (Radloff, 1977; Boyd, Weissman, Thompson y Myers, 1982). Cada ítem se responde atendiendo a la frecuencia de ocurrencia en la última semana, en una escala que va de 0 a 3. El rango, por tanto, varía de 0 a 60, aumentando el valor con el incremento de la sintomatología.

Validez	*Puntos de corte*	*Factores/comentarios*
Concurrente: r = 0,44 a 0,58	De 14 a 16 según usos	Dos factores (Hamilton, 1960, 1967)
Concurrente: r = 0,40 a 0,68	--	Hay varias subescalas cortas: seguimiento, familia, niños, etc.
Concurrente: r = 0,62 a 0,77 (Puntuaciones de clínicos)	De 16 a 20 según usos	Tres factores (Beck y Beamesderfer, 1974), dos factores (Louks y cols., 1989), un factor (Welch y cols., 1990)
Concurrente: r = 0,56 a 0,80 con otras escalas de autoinforme; r = 0,69 con puntuaciones clínicas	Más de 40	Cuatro factores (Conde y cols., 1970)
Concurrente: r = 0,56 a 0,80 con otras escalas de autoinforme; r = 0,51 con escalas clínicas de cinco puntos	70 ó más	Estructura factorial compleja (Comrey, 1957)
Concurrente: r = 0,71 a 0,86 con otras escalas de autoinforme; r = 0,67 con puntuaciones clínicas	10 ó más	--
Concurrente r = 0,37 a 0,90 con otras medidas de autoinforme; r = 0,46 a 0,53 con puntuaciones clínicas	De 16 a 23, según autores	Cuatro factores (Radloff, 1977)
Concurrente: r = 0,25 a 0,66. Pobre discriminación	--	Dos factores (Lubin, 1967), tres factores (Ávila, 1986)

La elección de uno o de otro procedimiento tiene que ver con las áreas en las que se utilizan, el contexto de aplicación y las características de cada instrumento. Los resultados empíricos indican que, debido a la intercorrelación elevada que se da entre los ítems de los autoinformes, la puntuación final refleja más bien un índice global, mientras que con las escalas psiquiátricas, aplicadas por psicólogos o psiquiatras con experiencia previa, las evaluaciones son más específicas. Por ello, ante depresiones muy severas, con componentes psicóticos o retardo psicomotor, los autoinformes pueden ser menos adecuados, dando evaluaciones bastante distintas de las ofrecidas por medio de las entrevistas realizadas por expertos. Es obvio que la validez del autoinforme depende de las características del paciente, tales como la motivación, concentración, cooperación, memoria, capacidad de comprensión lectora, etc., y estas variables a su vez tienen mucho que ver con el grado de severidad. Además, las características constructivas de las entrevistas (por ejemplo, la de Hamilton) tienden a centrarse y a dar más peso a la depresión severa y endógena, acentuando la importancia de los factores somáticos. En cambio, en los autoinformes se da un mayor peso a las características cognitivas y a las experiencias emocionales, que perfilan mejor las depresiones medias y moderadas; de esta manera, en estos últimos niveles de severidad, el *BDI* será el más adecuado para recoger cogniciones, mientras que el *Listado de adjetivos depresivos* de Lubin podría serlo para evaluar el estado de ánimo actual.

Por otro lado, los autoinformes requieren poco tiempo para ser rellenados y para analizarlos; además, no implican gran formación especializada por parte del terapeuta. Estas tres variables, que constituyen ventajas del autoinforme, se convierten en desventajas en el caso de las entrevistas. La elección de uno u otro instrumento depende, por tanto, de muchos factores. Si queremos hacer un sondeo inicial en población general, quizá convenga empezar por un autoinforme, pero si deseamos efectuar un diagnóstico, la entrevista puede ser más adecuada. En el caso de la evaluación de resultados terapéuticos necesitamos instrumentos sensibles al cambio, aunque no excesivamente sensibles, ya que la variable dependiente podría verse afectada por otras muchas variables no controladas o contempladas en la evaluación. Por ejemplo, el *BDI* requiere más cantidad de cambio para poder detectarlo que el Hamilton en versión autoinforme (Lambert y cols., 1986). Por ello, para comparar los efectos de distintas estrategias terapéuticas, el *BDI* resulta mejor a la hora de atribuir el cambio al programa concreto utilizado y no a otros factores (como podría pensarse si utilizásemos la escala de Hamilton, por ejemplo).

El uso de varios procedimientos de evaluación, sin mezclarlos, facilitando así una línea base múltiple que incorpore datos del autorregistro, la observación, el autoinforme y la entrevista (si es necesaria) parece el mejor método. La sensibilidad del terapeuta y su experiencia cuentan mucho para elegir los instrumentos y la evaluación global que del conjunto de datos pueda entresacarse.

El cuadro 9.4, que refleja una modificación del cuadro de Shaw, Vallis y McCabe (1985), ofrece una guía tentativa para utilizar los distintos autoinformes,

frecuencia en los sujetos con antecedentes o con factores de riesgo. En la evaluación se pueden distinguir dos fases diferentes: identificar cogniciones, emociones y conductas en la actualidad y proponer una hipótesis acerca de los mecanismos psicológicos básicos del problema.

III.5.1. Evaluación de las cogniciones, emociones y conductas manifiestas

a. *Cogniciones*

Podemos preguntar, por ejemplo, «¿tiene usted algún pensamiento acerca de morirse o matarse?». Si el pensamiento es frecuente o intenso debe evaluarse el riesgo de actuar, preguntando directamente. Con frecuencia el sujeto manifiesta pensamientos de este tipo, pero que nunca actuaría. A veces esta respuesta es válida, pero, en el caso de individuos impulsivos, drogadictos o alcohólicos, la respuesta verbal puede no ser un buen predictor de la conducta real. Se sabe que las manifestaciones verbales se relacionan con intentos suicidas (Kreitman, 1977; Pope, 1985), así que en los casos de respuesta afirmativa puede ser necesaria la hospitalización u otro tipo de intervención urgente. Si la respuesta es positiva también debe preguntarse: «¿tiene usted algún plan para matarse?»; si ésta es afirmativa necesitamos más información. Hay más riesgo cuanto más detallada sea la respuesta, si tiene medios o si es fácil tenerlos. A veces necesitamos añadir la pregunta: «¿si usted decide intentarlo, ¿cómo lo haría?».

Otro tipo de evaluación cognitiva es la que induce las razones para morir y para vivir. Entre las primeras está aliviar su dolor psicológico, físico o el de otros que sufren por lo que él cree que es culpa suya («los demás estarían mejor si yo muriese»). Entre las razones para vivir hay que fortalecer las débiles y las olvidadas. Los que tienen razones contra el suicidio y a favor de la vida se suicidan menos (católicos, personas con responsabilidades familiares, los casados con hijos pequeños, etc.). Pero las razones por la vida pueden cambiar (separación, etc.) y los sujetos pueden pasar de estar preocupados por la familia a pensar que estarían mejor si murieran.

b. *Conductas manifiestas*

Algunas fuentes de información pueden consistir en indagar si el paciente ha hecho o revisado el testamento, si ha regalado o abandonado un animal doméstico, escrito una nota suicida, almacenado pastillas, comprado munición, etc. Para conocer estos datos se necesita con frecuencia un contacto con la familia, psiquiatra u otras fuentes de información.

c. *Estado de ánimo y emociones*

Es importante la evaluación de la severidad de la depresión, la de otros desajustes psicológicos y la desesperanza. Con más frecuencia en los pacientes médicos

IV.1. *Información recogida a través de los autorregistros*

Los autorregistros, a pesar de sus limitaciones (véase Fernández-Ballesteros, 1983), en la práctica clínica constituyen un instrumento básico para la evaluación de las respuestas cognitivas, emocionales y motoras del sujeto, así como para realizar el análisis funcional de los problemas del paciente. Veamos algunos de los autorregistros más utilizados en la terapia, haciendo algunas observaciones de carácter práctico.

IV.1.1. Autorregistros de variables cognitivas

a. *Pensamientos automáticos*

Beck y cols. (1979*a*) han diseñado un registro de pensamientos disfuncionales, que se presenta en dos versiones. En la primera de ellas, la más sencilla, se trata de evaluar la presencia de estos pensamientos, teniendo en cuenta el grado de creencia que en ellos tiene el sujeto en ese momento y las emociones que suelen acompañarles, con una evaluación del grado de intensidad de las mismas en una escala de 0 a 100 (cuadro 9.5). En la segunda versión, más complicada que la anterior, después de que el sujeto ya conoce respuestas alternativas a estos pensamientos, se le pide que incluya respuestas racionales a la situación problema, y analice el resultado de éstas, esperando que así disminuya el grado de creencia en los pensamientos automáticos y alivie las emociones negativas. Como vemos, este registro tiene ya una clara finalidad terapéutica: «incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones, demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y, lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y

CUADRO 9.5. *Registro de pensamientos disfuncionales*

Fecha emociones	*Situación*	*P. automáticos*	*Respuesta racional*	*Resultados*
¿Qué sintió? ¿Cuál fue la intensidad de estas emociones (0 a 100)?	¿Qué estaba haciendo o qué estaba pensando?	¿Cuáles eran exactamente sus pensamientos? ¿Cuánto se creía estos pensamientos (0 a 100)?	¿Cuáles eran sus respuestas racionales a estos pensamientos? ¿Cuánto se creía estas respuestas (0 a 100)?	¿Cuánto se cree ahora los pensamientos automáticos (0 a 100)? ¿Cómo se siente? ¿Qué puede hacer ahora?

CUADRO 9.8. *Resumen del análisis funcional cognitivo-conductual y datos para la línea base* (Bas y Andrés, 1980)

I. ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

1. *Descripción*

A. Cogniciones.
B. Sentimientos, emociones y respuestas psicofisiológicas.
C. Conductas motoras.
D. Características de las conductas problema:

1. Intensidad de las emociones negativas (0 a 100): ____
2. Frecuencia de aparición (número de registros por semana): ____
3. Duración del episodio depresivo: ____
4. Grado de creencia en las cogniciones negativas (en una escala de 0 a 100): ____

Presentar para cada una de estas variables la media y el rango.

E. Tipo de conducta problema: ____

¿Déficit o exceso?

F. ¿Cuándo no aparece nunca la respuesta problema?

2. *Conductas alternativas:*

¿Realiza el sujeto, de manera espontánea, conductas que cambian la probabilidad de aparición y/o la intensidad de la conducta problema en el sentido deseado?

A. Descripción.

Respuestas cognitivas	Respuestas emocionales	Respuestas motoras

B. Frecuencia de uso: ____
C. Consecuencias (inmediatas y demoradas): ____

II. CONDICIONES ESTIMULARES. ANTECEDENTES Y CONSECUENTES

1. *Antecedentes.*

a) Físicos (lugares, situaciones, etc.).
b) Conductas motoras del sujeto.
c) Cogniciones del sujeto.
d) Emociones del sujeto.
e) Comportamientos verbales, motores, emocionales, etc. de otros.

2. *Consecuentes:* *Inmediatos* *Demorados*

a) Conductuales.
b) Cognitivos.
c) Emocionales.
d) En su medio ambiente (familiares, laborales, con los amigos, etc.).

CUADRO 9.8. *(Continuación)*

a) Cogniciones: ____
b) Emociones y respuestas psicofisiológicas: ____
c) Conductas motoras: ____

3. ¿Cómo ha cambiado la conducta problema a lo largo del tiempo?

a) Cogniciones: ____
b) Emociones y respuestas psicofisiológicas: ____
c) Conductas motoras: ____

4. ¿Cómo han influido en la génesis los procesos de modelado, de condicionamiento clásico, operante o cognitivos?

VII. OTROS DATOS

1. Diagnóstico clínico: ____
2. Evaluación de los recursos (económicos, sociales, profesionales, etc.): ____
3. Factores de estrés presentes y potenciales: ____
4. Evaluación del potencial de actividades gratificantes: ____
5. Factores de protección: ____
6. Información procedente de los cuestionarios: ____
7. Información procedente de otras personas significativas: ____

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PARA EL PACIENTE

Descripción breve y sin tecnicismos, a fin de poder explicarle las causas del origen, evolución y estado actual de sus problemas.

IX. CONCLUSIONES

V. VARIABLES DEPENDIENTES

La evaluación del proceso terapéutico es continua; el clínico debe seguir la evolución del sujeto, como ya hemos comentado, para confirmar si se van cumpliendo los objetivos esperados. Las variables más frecuentemente utilizadas en el trabajo clínico suelen ser las que se señalan en el cuadro 9.9, constituyendo en su conjunto una selección de variables pertinentes que pueden definir la línea base de los problemas.

CUADRO 9.10. *(Continuación)*

5. VEGETATIVOS

   1. Aumento o disminución de peso.
   2. Insomnio o hipersomnia.
   3. Pérdida de placer o interés sexual.
   4. Cansancio.
   5. Dolor (relacionado funcionalmente con las conductas depresivas).

6. EN EL CONTEXTO SOCIAL

   1. Eliminar el refuerzo positivo de conductas depresivas y aumentar el refuerzo de conductas adaptativas, no depresivas.
   2. Eliminar críticas de familiares y amigos.
   3. Enriquecer el medio social, cultural (sobre todo la red social de apoyo).
   4. Disminuir el número de situaciones aversivas o modificar sus consecuencias.
   5. Reestructurar o cambiar de medio, a fin de hacerlo más motivante, generador de metas y alicientes (cambio de pareja, trabajo, etcétera).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akiskal, H. S., Bitar, A. H., Puzantian, V. R., Rosenthal, T. L. y Walker, P. W. (1978). The nosological status of neurotic depression: a prospective three to four year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar hotomies. *Archives of Genetic Psychiatry, 35*, 756-766.

Akiskal, H. S., Walker, P., Puzantian, V. R., King, D., Rosenthal, T. L. y Dranon, M. (1983). Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *Journal of Affective Disorders, 5*, 115-128.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.ª ed.).* Washington. APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.ª ed. revisada).* Washington. APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed.).* Washington. APA.

Albert, N. y Beck, A. T. (1975). Incidence of depression in early adolescence: a preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence, 4*, 301-307.

Angst, J. (1966). *Zur Atiologie and Nosologie endogener depressiver Psycosen.* Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie and Psychiatrie. Berlín. Springer.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Texler, L. (1974). Measurement of pessimism: the Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

Bedrosian, R. C. (1981). The application of cognitive therapy techniques to adolescents. En G. Emery, S. Hollon y R. Bedrosian (Comps.) *New directions in cognitive therapy*. Nueva York. Guilford Press.

Blackburn, I. M., Bishop, S. G., Whalley, A. I. M. y Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry, 139*, 181-189.

Blackburn, I. H. y Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.

Blehar, M. C. y Rosenthal, N. E. (1989). Seasonal affective disorders and phototherary. *Archives of General Psychiatry, 46*, 469-474.

Boyd, J. H., Weissman, M. M., Thompson, W. D. y Myers, J. K. (1982). Screening for depression in a community sample. Understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1195-1200.

Brink, T. L., Yesavage, T. L., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. y Rose, T. L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologists, 1*, 37-43.

Burns, D. (1980). *Feeling good. The new mood therapy*. Nueva York. Williams Morrow and Company.

Carroll, B. J., Feinberg, M., Smuouse, P. E., Rawson, S. G. y Greden, J. F. (1981). The Carroll rating scale for depression I. Development, reliability and validation. *British Journal of Psychiatry, 138*, 194-200.

Cassem, E. M. (1988). Depression secondary to medical illness. En A. J. Frances y R. E. Hales (Comps.) *Review of Psychiatry*. Washington. American Psychiatric Press.

Clark, D. L., Gibbons, R. D., Fawcett, J. y Scheftner, W. A. (1989). What is the mechanism by which suicide attempts predispose to later suicide attempts? A mathematical model. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 42-49.

Comrey, A. (1957). A factor analysis of items on the MMPI depression scale. *Educational Psychology Measurement, 17*, 578-585.

Conde, V., Escriba, J. A. e Izquierdo, J. A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurología, Parte I, XXXIII, 2*, 185-206.

Conde, V., Escriba, J. A., Izquierdo, J. A. y Recio, J. (1969). La SDS de Zung en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas y Trabajos de la XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología*, 24-26.

Conde, V. y Esteban, T. (1974). Contribución al estudio de la SDS de Zung en una muestra estratificada de población normal. *Revista de Psicología General y Aplicada, 29*, 515-553.

Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada, 31*, 469-497.

Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid. Upjohn.

Coppen, A., Metcalfe, M. y Wood, K. (1982). Lithium. En E. S. Paykel (Comp.) *Handbook of affective disorders*. Nueva York. Guilford Press.

Dahlstrom, W. G., Brooks, J. D. y Peterson, C. D. (1990). The Beck depression inven-

características psicométricas en población extranjera y española. *Evaluación Psicológica/Pychological Assessment, 7*, 377-391.
Friedman, R. C. y Butler, L. F. (1979). *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Documento inédito. Ontario Institute for Studies in Education.
Gallagher, D., Nies, G. y Thompson, L. W. (1982). Reliability of the Beck depression inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 152-153.
Glassman, A. M. y Roose, S. P. (1981). Delusional depression. A distinct clinical entity? *Archives of General Psychiatry, 38*, 424-427.
Gershon, E. S., Baron, M. y Leckman, J. F. (1975). Genetic models of the transmission of the affective disorders. *Journal of Psychiatry Research, 12*, 301-317.
González Felipe, M. A. (1988). Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española. *Psiquis, 4*, 59-66.
Graham, J. R. (1990). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. Oxford. Oxford University Press.
Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 12*, 56-62.
Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 6*, 278-296.
Hammen, C. L. (1991). Mood disorders (unipolar depression). En M. Hersen y S. M. Turner (Comps.) *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York. Wiley.
Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1943). *The Minessota multiphasic personality schedule*. Minneápolis. University of Minessota Press.
Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. y Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford. Oxford University Press.
Heerwagen, J. (1990). Affective functioning "light humper", and room brightness preferences. *Enviromental and Behaviour, 22*, 608-635.
Howarth, B. G. y Grace, M. G. A. (1985). Depression, drugs and delusions. *Archives of General Psychiatry, 35*, 424-427.
Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (Comp.) *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York. McGraw-Hill.
Katz, M. M., Robins, E., Croughan, J., Secunda, S. y Swann, A. (1982). Behavioral measurement and drug response characteristics of unipolar and bipolar depression. *Psychology Medical, 12*, 25-36.
Keller, M. B. (1988). Diagnostic issues and clinical course of unipolar illness. En A. J. Frances y R. E. Hayes (Comps.) *Review of psychiatry*. Washington. American Psychiatric Press.
Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L. e Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck depression inventory. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 289-299.
Kendell, R. E. (1976). The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry, 129*, 15-28.
Kendler, K. (1991). Mood incongruent psychotic affective illness: an historical and empirical review. En *DSM-IV Source book*. Washington. American Psyhicatric Press.
Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry, 31*, 447-454.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica (Basel), 46,* 305-315.
Kovacs, M. (1983). *The Children's depression inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters.* Documento inédito. University of Pittsburgh. School of Medicine.
Kovacs, M. (1985). The Interview schedule for children (ISC). *Psychopharmacology Bulletin, 21,* 991-994.
Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schuterbrandt y A. Raskin (Comps.) *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models.* Nueva York. Raven Press.
Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. y Hollon. S. D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: one year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 135,* 525-533.
Kreitman, N. (1977). *Parasuicide.* Londres. Wiley.
Kupfer, D. y Rush, A. J. (1983). Recommendations for scientific reports on depression. *American Journal of Psychiatry, 140,* 1327-1328.
Lambert, M. J., Hatch, D. R., Kingston, M. D. y Edwards, B. C. (1986). Zung, Beck and Hamilton ratins scales as measures or treatment outcome: a meta-analytic comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 54-59.
Leber, W. R., Beckham, E. E. y Brown, P. D. (1985). Diagnostic criteria for depression. En E. E. Beckham y W. Leber (Comps.) *Handbook of depression.* Illinois. The Dorsey Press.
Lefkowitz, M. M. y Tesiny, E. P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 43-50.
Leonhard, K. (1957). *Aufteilung der Endogehen Psyhosen.* Berlín. Akademieverlog.
Lewinsohn, P. (1976). Manual of instruction for behavior ratings used for observation of interpersonal behavior. En E. Mashy y L. Terdal (Comps.) *Behavior therapy assesment.* Nueva York. Springer Publishing.
Lewinsohn, P. M. y Teri, L. (1982). Selection of depressed and non-depressed subjects on the basis of self-report data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 590-591.
Linehan, M. M. (1981). A social behavioral analysis of suicide and parasuicide: implications for clinical assessment and treatment. En H. Glazer y J. Clarkin (Comps.) *Depression: behavioral and directive intervention strategies.* Nueva York. Brunner/Mazel.
Linehan, M. M., Camper, P., Chiles, J. A., Strosahl, K. y Shearin, E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research, 11,* 1-12.
Louks, J., Hayne, C. y Smith, J. (1989). Replicated factor structure of the Beck depression inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 177,* 473-479.
Lubin, B. (1965). Adjective checklist for measurements of depression. *Archives of General Psychiatry, 12,* 57-62.
Lubin, B. (1967). *Depression adjective checklist: manual.* San Diego. Educational and Industrial Testing-Service.
Lubin, B., Cain, J. y Van Whitlock, R. (1992). Additional validity data for the Multiple affect adjective checklist-revised. *Psychological Reports, 70,* 40-42.
Lyons, J. S., Strain, J. J., Hammer, J. S., Ackeman, A. D. y Fulop, G. (1989). Reliability, validity and temporal stability of the Geriatric depression scale in hospitalized elderly. *Internal Psychiatry in Medicine, 19,* 203-209.

Scogin, F., Beutler, L., Corbishley, A. y Hamblin, D. (1988). Reliability and validity of the short form Beck depression inventory with older adults. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 853-857.

Scott, N. A., Hannum, T. E. y Ghrist, S. L. (1982). Assessment of depression among incarcerated females. *Journal of Personal Assessment, 46*, 372-379.

Seva Díaz, A. (1982). Los niveles depresivos evaluados mediante el índice de Zung en diferentes medios urbanos y rurales españoles. *Comunicación Psiquiátrica, 9*, 345-354.

Shaw, B. F., Vallis, T. M. y McCabe, S. B. (1985). The assessment of severity and symptom patterns in depression. En E. E. Beckham y W. Leber (Comps.) *Handbook of depression*. Illinois. The Dorsey Press.

Sheikh, J. I. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology, 5*, 165-173.

Silva, F. (1988). La evaluación psicológica como proceso. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 4*, 31-50.

Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid. Pirámide.

Smouse, P., Feinberg, M., Carroll, B. J., Park, M. H. y Rawson, S. (1981). The Carroll rating scale for depression. *British Journal of Psychiatry, 138*, 201-204.

Sotsky, S. y Glass, D. (1983). *The Hamilton rating scale. A critical appraisal and modification for psychotherapy research.* Comunicación presentada en la Annual Convention of the Society for Psychotherapy Research. Sheffield, Reino Unido.

Spitzer, R. L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of Genetic Psychiatry, 35*, 773-782.

Spitzer, R. L., Williams, J., Gibbson, M. y First, M. (1992). The Structured clinical interview for *DSM-III* (SCID). *Archives of Genetic Psychiatry, 49*, 625-629.

Steer, R. A., Beck, A. T. y Garrison, B. (1986). Applications of the Beck depression inventory. En N. Sartorius y T. A. Ban (Comps.) *Assessment of depression*. Berlín. Springer-Verlag.

Steer, R. A., Beck, A. T., Riskind, J. H. y Brown, G. (1986). Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck depression inventory. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 475-478.

Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., Motoike, P. y Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodinamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 180-189.

Strober, M., Green, J. y Carlson, G. (1981). Utility of the Beck depression inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 482-483.

Tanaka-Matsumi, M. y Kamekoa, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 328-353.

Taylor, E. B. y Klein, D. N. (1989). Assessing recovery in depression: validity of symptom inventories. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 1-8.

Teasdale, J. D., Fennell, M. J. V., Hibbert, G. A. y Amies, P. L. (1984). Cognitive therapy for mayor depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry, 144*, 400-406.

Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J. F. y McGeary, J. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: part 1. An outpatient clinical replication series. *Behavior Therapy, 22*, 457-467.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Beck, A. T., Resnick, H. L. P. y Lettieri, D. J. (1986). *The prediction of suicide*. Filadelfia Charless Press.

Blackburn, I. y Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.

Feighner, J. P. y Boyer, W. F. (1992). *Diagnosis of depression. Perspectives in psychiatry (vol. 2)*. Nueva York. Wiley.

Hersen, M. y Turner, S. M. (1991). *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York. Wiley.

Sartorius, N. y Ban, T. A. (1986). *Assesment of depression*. Berlín. Springer-Verlag.

Thase, M. E., Edelstein, B. A. y Hersen, M. (1990). *Handbook of outpatient treatment of adults. Nonpsychotic mental disorders*. Nueva York. Plenum Press.

CUADRO 10.1. *Instrumentos de evaluación en los distintos modelos teóricos de la depresión*

Instrumento	*Autor/año*	*Fiabilidad*	*Validez*	*Factores/comentarios*
MODELO DE BECK				
Cuestionario de distorsiones cognitivas (CBQ)	Hammen y Krantz (1976)	Test-retest: r = 0,48 a 0,60; alfa = 0,62 a 0,69	Concurrente: r = 0,26 a 0,51	
Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ)	Hollon y Kendall (1980)	Dos mitades: r = 0,97; alfa = 0,96. Ítem-total = 0,47 a 0,78	Distingue grupos depresivos (X = 79,64, DT = 22,3) de no depresivos (X = 48,57, DT = 10,89)	Cuatro factores (Hollon y Kendall, 1980)
Escala de actitudes disfuncionales (DAS)	Weissman y Beck (1978)	Alfa = 0,89 a 0,92; test-retest = 0,84	Concurrente: r = 0,36 a 0,52	Seis factores (Weisman y Beck, 1978)
Escala de desesperanza (HS)	Beck y cols. (1974)	Alfa = 0,93; ítem-total = 0,39 a 0,76	Concurrente: r = 0,62 a 0,74 con puntuaciones de clínicos, r = 0,60 a 0,63 con otros autoinformes	Tres factores (Beck y cols., 1974)
Inventario de la tríada cognitiva (CTI)	Beckham y cols. (1986)	Alfa para cada dimensión: 0,81, 0,91 y 0,93. Alfa global: 0,95	Concurrente: r = 0,77 con autoinformes	
Escala de sociotropía-autonomía (SAS)	Beck y cols. (1983)	Alfa Socio: 0,90; alfa Auto: 0,83; test-retest: (Socio) = 0,75 y (Auto) = 0,65	Concurrente con síntomas del *BDI*: r = 0,43 con socio; r = 0,75 con auto. Con síntomas del *HRSD*; r = 0,41	Tres factores para cada dimensión (Beck y cols., 1983)

CUADRO 10.1. *(Continuación)*

Instrumento	*Autor/año*	*Fiabilidad*	*Validez*	*Factores/comentarios*
Programa de autocontrol (SCS)	Rosenbaum (1980)	r = 0,86	Concurrente: r = 0,08 a 0,54; alfa = 0,78 a 0,84	36 ítems. Es una medida directa de las conductas de autocontrol. La evidencia existente no apoya la validez de constructo
MODELO DE LEWINSOHN				
Cuestionario de refuerzos (PES)	MacPhillamy y Lewinsohn (1972)	r = 0,50 a 0,88	Concurrente y de constructo: buena en general	320 ítems. Escala con buenas propiedades psicométricas. Aun cuando ha recibido algunas críticas, parece ser una escala clínicamente muy útil para la planificación y aumento de las actividades gratificantes
Cuestionario de sucesos aversivos (UES)	Lewinsohn y Talkington (1979)	r = 0,52 a 0,62	Consistencia interna: alfa = 0,96 Concurrente: r = 0,37 con el *BDI*; r = 0,43 CON el *CES-D*	320 ítems.Evalúa la frecuencia y la aversividad de sucesos negativos. Existen versiones para ancianos de estas escalas (véase Kleftaras, 1991 y Fernández-Ballesteros y cols., 1992), con propiedades psicométricas apropiadas

CUADRO 10.1. *(Continuación)*

Instrumento	*Autor/año*	*Fiabilidad*	*Validez*	*Factores/comentarios*
Inventario de afrontamiento de la depresión (CID)	Ring y Vázquez (1992)	– –	No se dispone de datos	Nueve factores: actividades, actividades sociales, evitación, dirigidos al problema, fisiológico, actividades pasivas, autocuidado, respuestas emocionales y evaluación cognitiva. Evalúa las HHEE que utiliza el sujeto y también la frecuencia de práctica y la utilidad percibida de las mismas

la duda. Los ítems comprenden temas tales como atribuciones, expectativas de control, la probabilidad de que se den ciertos resultados deseados, normas de actuación perfeccionistas, ideas rígidas acerca de las cosas que podrían ocurrir e interés en los juicios de los demás. Existe una versión reducida de 35 ítems (Burns, 1980). En esta versión, cada ítem se puntúa entre -2 (totalmente de acuerdo) hasta +2 (totalmente en desacuerdo). Cada grupo de 5 ítems representa un componente básico, siendo éstos: necesidad de amor, necesidad de aprobación, rendimiento, perfeccionismo, derecho sobre los otros, personalización y habilidad para atribuirse a sí mismo el bienestar y la felicidad. Según las puntuaciones obtenidas en cada dimensión se confecciona un perfil de vulnerabilidad cognitiva que facilita el diseño de intervención específico según las distintas áreas problema (aquellas que presentan puntuaciones negativas). Otros datos de interés pueden verse en el cuadro 10.1.

En una investigación realizada por Bas y Andrés (1992), con la versión del *DAS* de Burns (1980), se obtuvieron valores medios para población clínica (33 sujetos) de 79,33 con una desviación típica de 33,13, mientras que para sujetos con depresión mayor (14 sujetos) el valor medio fue de 96,92 con una desviación típica de 31,90. En la población clínica la correlación con el *BDI* fue de 0,46, con la escala de intensidad de sucesos aversivos del *UES* (Lewinsohn y Talkington, 1979) fue de 0,48 y con la escala de frecuencia del mismo cuestionario la correlación no fue significativa.

II.1.4. «Escala de desesperanza, HS»

Beck, Weissman, Lester y Texler (1974) construyeron esta escala con el fin de encontrar índices cuantitativos de una variable que reiteradamente se había considerado central en la depresión (Beck, 1967), en el suicidio (Beck, 1963), en la esquizofrenia (Laing y Esterson, 1965) y en otros importantes trastornos (alcoholismo, sociopatía y enfermedades físicas). Los 20 ítems de la escala de desesperanza se construyeron basándose en un instrumento previo (los 9 ítems del diferencial semántico de Heimberg, 1961) y de 11 procedentes de la propia experiencia de los clínicos. Las respuestas posibles para cada ítem son dos, verdadero o falso; 9 respuestas "falsas" y 11 "verdaderas" son consideradas como indicadoras de desesperanza, valiendo cada una un punto. El rango de puntos va desde 0 a 20.

En cuanto a puntos de corte, Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985) hicieron el seguimiento entre 5 y 10 años de una muestra de 165 pacientes con intentos suicidas y encontraron que una puntuación de 9 o más predecía el 90,9% de los suicidios reales. Este valor se confirmó en otro trabajo del autor principal (Beck, 1986) sobre una muestra muy numerosa de 1969 sujetos y seis años de seguimiento: una puntuación de 9 ó más predecía el 93,8% de los suicidios reales. Fawcett y cols. (1987) hallaron resultados parecidos. Beck, Brown y Steer

2) necesito ser perfectamente competente; 3) cierta gente debe ser castigada; 4) es terrible que las cosas no vayan como yo necesito; 5) no tengo capacidad para controlar mis perturbaciones; 6) sólo preocupándome continuamente puedo resolver los problemas; 7) es más fácil evitar que afrontar las dificultades; 8) necesito a los otros; 9) el pasado me determina y me afectará siempre; 10) uno debe preocuparse mucho por los otros; 11) existe una solución perfecta para los problemas.

Se han construido varios cuestionarios de ideas irracionales, pero el más difundido ha sido el *Cuestionario de ideas irracionales* de Jones (1969), del que se han derivado otros. Veamos brevemente las características de este cuestionario.

Como ya hemos señalado, los ítems de este cuestionario se basan en las ideas de Ellis y por ello su aplicación no se limita a la depresión. Consta de 100 ítems, respondiendo según el nivel de acuerdo en una escala de Likert de cinco puntos. Las diez subescalas son: demandas de aprobación, elevadas expectativas acerca de sí mismo, propensión a la culpa, fuerte reactividad ante la depresión, irresponsabilidad emocional, sobreimplicación ansiosa, irritación, desesperanza y perfeccionismo. Estas subescalas surgieron de un análisis factorial efectuado con estudiantes. La estructura fue replicada posteriormente por Lohr y Bonge (1980). Los datos de fiabilidad y validez se recogen en el cuadro 10.1.

Esta escala también ha demostrado su sensibilidad al cambio terapéutico (Fleming y Thornton, 1980). Sin embargo, el *IBT* parece que mantiene una correlación inversa con el nivel educativo y la inteligencia (Jones, 1969), encontrándose además valores claramente distintos según el sexo (Jones, 1969; Nelson 1977). Estos datos pueden constituir un obstáculo si previamente no se han tenido en cuenta.

Bessai (1976), basándose en los 419 ítems presentes en las principales escalas de ideas irracionales que había entonces, realizó un análisis factorial, identificando diez factores de primer orden: Importancia de la aprobación, Control emocional interno, Tendencia a sentirse culpable, Evitación de problemas, Felicidad a través de la pasividad, Visión realista, Perfeccionismo, Autofustración, Importancia del pasado y Confianza en poderes mágicos o sobrenaturales. Seleccionando los ítems con carga superior a 0,35, construyó su escala con 72 ítems. Bas (1982) utilizó este cuestionario con fines de investigación añadiéndole 14 nuevos ítems. De este modo se conseguió que cada factor estuviese representado por el mismo número de ítems. Este cuestionario modificado se denominó *Listado de creencias comunes (LCC)* (Bas, 1983). El mismo autor realizó un experimento en donde por medio de la lectura, cinco veces diarias, de 20 frases racionales e irracionales apareadas, durante tres minutos cada vez, un grupo de 16 sujetos adultos, distribuidos al azar en cuatro grupos experimentales, lograron disminuir significativamente los niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión respecto al grupo de control (Bas, 1982). Los instrumentos utilizados fueron el *STAI* y el *BDI*. Este experimento señalaba la íntima relación existente entre los niveles de credibilidad en las ideas irracionales y la presencia de los síntomas de depresión y de ansiedad.

Otro cuestionario que se utiliza con frecuencia es el *Inventario de ideas per-*

1989; Hoffart y Martinsen, 1991) han apoyado la relación existente entre las atribuciones internas estables y globales y la depresión. Otra de las conclusiones que se ha obtenido es que las atribuciones para los sucesos negativos están más relacionadas con la depresión que las de los sucesos positivos. Además, las puntuaciones compuestas (la suma de las tres dimensiones) tienden a estar más relacionadas con la depresión que las puntuaciones de las dimensiones individuales.

En cuanto a la especificidad de este estilo atribucional como típico de los sujetos depresivos, los resultados presentados hasta el momento han sido contradictorios. En algunos estudios sí se ha confirmado esta especificidad (Raps y cols., 1982; Heimberg y cols., 1987), mientras que en otros no (Miller, Klee y Norman, 1982; Hamilton y Abramson, 1983; Hoffart y Martinsen, 1991).

En lo referente a la hipótesis de que el estilo atribucional depresogénico es un factor de vulnerabilidad para la depresión, algunos trabajos lo han confirmado (Metalsky y cols., 1982; Metalsky y cols., 1987; Hunsley, 1989; Hoffart y Martinsen, 1991). En este último trabajo, la dimensión globalidad era el mejor predictor de la depresión posterior. Datos psicométricos de este cuestionario pueden encontrarse en el cuadro 10.1.

No queremos terminar sin señalar que Heimberg y cols. (1987) modificaron el ASQ incluyendo dos dimensiones más, denominadas "responsabilidad" y "control". Por otro lado, Peterson y Villanova (1988) han presentado una versión del ASQ denominada *Cuestionario ampliado de estilo atribucional (EASQ)* que dispone ya de una forma breve, el EASQ-S (Whitley, 1991). Se encuentran en castellano traducciones del ASQ y una adaptación del mismo para adolescentes (Polaino y Villamisar, 1985).

II.3.2. Otros instrumentos para evaluar atribuciones

Existen otros instrumentos para la medida de las atribuciones, entre los que se encuentran las *Escalas de cuatro y cinco dimensiones atribucionales (4-ADS y 5- ADS)* (Benson, comunicación personal, 1992[1]).

III. EVALUACIÓN DERIVADA DE LOS MODELOS DE AUTOCONTROL

III.1. *El modelo de autocontrol de Rehm*

Este modelo (Rehm, 1977) propone que la depresión es el resultado de la presencia de seis déficit en el proceso de autocontrol: a) en la fase de observación el sujeto depresivo atiende selectivamente a los sucesos negativos y a las conse-

[1] El Centro de Psicología Bertrand Russell dispone de traducciones o versiones del ATQ, DAS, HS, CTI y *Cuestionario de rendimiento y dependencia* que pueden ser solicitadas por el lector.

vos sobre la depresión a causa de otros factores distintos al refuerzo, tales como la distracción de los pensamientos y sentimientos negativos o el aumento de la sensación de dominio. Por ejemplo, Hammen y Glass (1975) han señalado que los efectos de estas actividades están mediadas cognitivamente, sugiriendo que el concepto tradicional de refuerzo puede ser muy simplista. Por otro lado, también es posible que los sujetos deprimidos informen de una forma inexacta acerca de la frecuencia o capacidad de disfrutar con los sucesos agradables (Buchwald, 1977).

IV.1.2. «Cuestionario de sucesos desagradables, UES»

Lewinsohn y Talkington (1979) confeccionaron el *UES*, que incluye una presentación de situaciones aversivas que se puntúan de la misma manera que el *PES*. Discrimina bien entre sujetos depresivos, sujetos con otros problemas psiquiátricos y sujetos normales (Lewinsohn y cols., 1979), y está relacionado con la depresión (Grosscup y Lewinsohn, 1980). Sin embargo, las diferencias en las puntuaciones globales en este cuestionario podrían explicarse mejor por la mayor percepción de aversividad de los sucesos negativos más que por la mayor frecuencia de este tipo de sucesos entre los sujetos depresivos (Hammen y Krantz, 1985).

En una investigación realizada con pacientes con depresión mayor y estudiantes adolescentes no clínicos, en donde se utilizaron diversos cuestionarios, se encontró que si bien la frecuencia de sucesos aversivos evaluada por el *UES* correlacionaba significativamente con la *DAS* y el *BDI*, la intensidad de los sucesos aversivos (evaluada también por el *UES*) era la variable que explicaba la mayor parte de la varianza de la severidad de la depresión (medida por el *BDI*) en un análisis de regresión *step-wise*; concretamente, explicaba el 36% de la varianza en los pacientes clínicos, el 21% en los sujetos con depresión mayor y el 14% en toda la muestra de sujetos, clínicos más no clínicos (Bas y Andrés, 1992). Estos datos apuntan en la dirección señalada anteriormente por Hammen y Krantz (1985).

El cuestionario dispone de una forma breve desarrollada por Heiby, Arkas y Higa (1983). Algunas propiedades psicométricas de estos dos cuestionarios se presentan en el cuadro 10.1. Hay versiones del *PES* y del *UES* para pacientes de la tercera edad con un número reducido de ítems y con propiedades psicométricas adecuadas (véase Kleftaras, 1991; Fernández-Ballesteros y cols., 1992).

IV.2. *Evaluación específica del déficit de habilidades sociales*

En la hipótesis original de Lewinsohn, ya comentada, de que las personas deprimidas pueden presentar un déficit de habilidades sociales nunca se ha definido con precisión qué habilidades son importantes o cuáles son las que distinguen a

y además no se especificaban los componentes básicos de la conducta problema.

En otras investigaciones se han obtenido resultados parecidos, afirmándose que mientras los depresivos se juzgan a sí mismos de una forma negativa, los observadores externos también los encuentran menos habilidosos a nivel social (Lewinsohn, Mischel, Chaplin y Baron, 1980). Lewinsohn y cols. (1980) señalaron el contraste entre el «brillo ilusorio» de los sujetos normales y el «realismo depresivo» de los sujetos deprimidos; otros autores han discutido estos resultados (Hammen y Krantz, 1985). Sin embargo, en otros trabajos se indicaba que las expectativas negativas y los criterios estrictos de autoevaluación de su conducta social eran más característicos de los depresivos que los déficit de habilidades sociales (Dow y Craighead, 1987). La revisión metaanalítica de 51 estudios realizada recientemente por Segrin (1990) ha venido a apoyar esta conclusión: no existiría tanto un déficit "objetivo" de habilidades sociales, sino más bien un déficit "autopercibido" de las mismas.

No queremos terminar este tema sin señalar que Jiménez y Polaino (1987) han desarrollado un sistema de observación conductual para la evaluación de los pacientes depresivos.

IV.2.2. Evaluación de las reacciones de los sujetos que interactúan con los depresivos

La mayoría de los estudios realizados con sujetos que interactúan con los depresivos ha encontrado que esta interacción puede conducir al rechazo del depresivo y a otras respuestas interpersonales negativas, haciendo que el sujeto que interactúa con él se sienta deprimido, ansioso u hostil (Lewinsohn y Shaffer, 1971; Coyne, 1976; Hammen y Peters, 1977; Strack y Coyne, 1983; Coyne, Kahn y Gotlib, 1988). Estas respuestas de los otros son percibidas por los depresivos, aumentando el aislamiento o la sensación de fracaso y, en consecuencia, sus sentimientos depresivos (Coyne, 1976). Esta tesis ha dado pie a la creación de algún modelo para el mantenimiento de los síntomas depresivos, tal como el de Gotlib y Colby (1987).

IV.2.3. Autoinformes

a. *«Programa de sucesos interpersonales, IES»*

Este instrumento (Youngren, Lewinsohn y Zeiss, 1975) evalúa la implicación y el impacto que tienen los sucesos interpersonales en el sujeto o las cogniciones de éste acerca de ellos. Las dos primeras escalas (actividad social y aserción) han discriminado bien entre sujetos deprimidos y no deprimidos (Youngren y Lewinsohn, 1978). Sin embargo, aun cuando este instrumento identifica los déficit

mismo, reforzar los esfuerzos por conversar de los otros y terminar las conversaciones de forma airosa.

Es interesante apuntar que los autores resaltan que la aserción negativa está inversamente correlacionada con las emociones depresivas.

En la prueba de representación de papeles el paciente debe representar algunas situaciones conflictivas, grabándose en vídeo su actuación y observándose y registrándose después diversas variables a nivel verbal y no verbal. Por ejemplo, el *Test revisado de evaluación conductual* (*BAT-R*) de Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975) incluye diversas situaciones para la evaluación del estilo de respuesta del paciente. Sin embargo, estos procedimientos han sido criticados en la literatura por su falta de adecuación a los problemas personales del paciente. Los clínicos podemos apreciar con frecuencia que los problemas que los pacientes presentan en el campo de las habilidades sociales pueden ser muy específicos y situacionales por lo que parece que la evaluación en representación de papeles para que sea más útil debe ser personalizada, utilizando situaciones significativas para el paciente.

IV.2.5. Otros instrumentos

El *MESSY* (*Evaluación de habilidades sociales para jóvenes de Matson* [véase Spirito, Mart, Overholser y Halverson, 1990]) es otro cuestionario que se ha utilizado con esta población, encontrándose que sus puntuaciones estaban relacionadas con la depresión (Wierzbicki y McCabe, 1988; Spirito y cols., 1990).

No queremos terminar sin recordar que existen baterías específicas para la evaluación de las habilidades sociales que no revisamos aquí por falta de espacio. Para una mayor información sobre la evaluación de las habilidades sociales puede consultarse en este mismo libro el capítulo de Caballo.

V. EVALUACIÓN DERIVADA DE LOS MODELOS DE ESTRÉS Y DE DÉFICIT EN LAS HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO

V.1. *Modelo de Billing y Moos*

Varios investigadores han sugerido la necesidad de desarrollar un modelo multifactorial que incluya como variables explicativas los sucesos estresantes de la vida y los recursos del sujeto para enfrentarse a ellos. En esta línea se encuentra el modelo de Billing y Moos (1982) que considera que el vínculo existente entre los estresores de la vida y la depresión está mediado por los recursos personales y ambientales, la evaluación cognitiva que realiza el sujeto de estos estresores,

manifiestan cuando están tristes, el grado de preocupación o interés por estos síntomas, la frecuencia de uso de un número específico de conductas y cogniciones de enfrentamiento para combatir los síntomas depresivos y la utilidad de estos esfuerzos de enfrentamiento.

Existe ya un primer trabajo realizado con muestras españolas, pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio y estudiantes graduados, donde se presenta un extraordinario paralelismo entre las dos muestras en estas habilidades, con dos diferencias importantes: los pacientes presentaban un nivel más bajo de frecuencia de práctica de estas habilidades de afrontamiento que los estudiantes y éstas en general eran menos eficaces para combatir el estado de ánimo depresivo (Ring y Vázquez, 1992). Como se ve, este inventario, al incluir la eficacia autopercibida de estas respuestas, parece de mayor interés que otros instrumentos que sólo evalúan la frecuencia de práctica, y puede ser de gran utilidad en la evaluación de estos conceptos y en la definición de objetivos para la intervención. Más información sobre este inventario se encuentra en el cuadro 10.1.

V.3.4. «Escala de evaluación de las expectativas generalizadas de regulación del estado de ánimo negativo, NMRA»

Esta escala, desarrollada recientemente por Catanzaro y Mearns (1990), consta de 30 ítems que evalúan las expectativas que tiene el sujeto acerca de si alguna conducta o cognición aliviará su estado de ánimo depresivo. Parece ser que a puntuaciones más altas en la *NMRA* le corresponden menos síntomas de depresión (Catanzaro y Mearns, 1990).

V.3.5. «Inventario de afrontamiento multidimensional, MCI»

Este inventario de Endler y Parker (1990*a*) identifica tres estilos de afrontamiento: dirigido a la tarea, dirigido a la emoción y dirigido a la evitación. Se ha comparado este inventario con el de Lazarus, viendo su validez de constructo. Ha sido aplicado a pacientes depresivos, concluyéndose que utilizan más estrategias de evitación y dirigidas a la emoción (Endler y Parker, 1990*a*, 1990*b*).

V.3.6. «Perfil de estrés»

Este inventario, desarrollado recientemente por Wheatley (1990), evalúa la severidad del estrés en nueve áreas diferentes de la vida del individuo. Ha sido validado por su fiabilidad interjueces y por su relación con otras escalas de depresión y de ansiedad, pareciendo ser útil para desarrollar metas del tratamiento y para evaluar la respuesta a éste.

observación puede ser más útil para evaluar la realización de las soluciones de problemas o los productos de este proceso; los autoinformes pueden ser más eficaces para evaluar el propio proceso. Así, es deseable utilizar ambos procedimientos. El *Método de discusión de solución de problemas* de Kendall y Fischer (1984) y el *Método de autorregulación de solución de problemas (PSSM)* de D'Zurilla (1986) son ejemplos interesantes de esta combinación.

VII. EVALUACIÓN DERIVADA DE LOS MODELOS BIOLÓGICOS

VII.1. *Trastornos bioquímicos*

En primer lugar, en los estudios acerca de las hipótesis bioquímicas de la depresión, referidas a déficit funcionales de ciertos neurotransmisores como las monoaminas, se han presentado conclusiones contradictorias e inconsistentes (Thase, Frank y Kupfer, 1985). Se ha concluido que no hay un apoyo suficiente para estas hipótesis, señalándose que las complejas interrelaciones existentes entre los neurotransmisores y otros sistemas biológicos excluyen la definición del problema como un simple déficit de ciertas sustancias (Thase y Howland, 1989). Parece más plausible la hipótesis de la desregulación (Siever y Davis, 1985), que se refiere a un deterioro en los mecanismos de regulación homeostásica de los neurotransmisores (Ballenger, 1988; Gold, Goodwin y Chrousos, 1988).

VII.2. *Hipótesis neuroendocrina*

Esta hipótesis se refiere al vínculo existente entre el eje córtex-adrenal-pituitaria-hipotálamo (HPA) y la depresión. El hallazgo más consistente es la hipersecreción de cortisol bajo un estado depresivo. Asimismo, Gold y cols. (1988) muestran resultados que apoyan la hipótesis de que existe un defecto a nivel del hipotálamo que tendría como consecuencia la hipersecreción de la hormona que libera la corticotropina (CRH), sugiriendo que la CRH puede significar el camino común final en la depresión melancólica.

VII.2.1. «Test de la dexametasona, DST»

Esta prueba se deriva de la hipótesis que acabamos de comentar de la desregulación del cortisol, siendo la prueba biológica más utilizada. En ella, se administra al sujeto dexametasona y se evalúa unas horas después si ha habido una supresión de la secreción normal de cortisol. El entusiasmo inicial que suscitó esta prueba ha ido cambiando a lo largo del tiempo hasta llegar a adoptarse posturas críticas y de precaución ante la misma (Ballenger, 1988; Thase y Howland, 1989;

Hammen, 1991). Parece que el DST no es suficientemente sensible ni específico de la depresión. Funcionamientos anormales del cortisol están relacionados también con el aumento de la edad, ciertas condiciones estresantes, abuso de drogas o alcohol y otras condiciones específicas, por lo que se concluye que la no supresión DST no es un predictor fiable de la respuesta clínica a la medicación antidepresiva, tal y como se había considerado hasta ahora. A pesar de estos resultados, continúan las investigaciones acerca de esta hipótesis.

VII.3. *Disfunción del ritmo circadiano*

Ciertas características de la depresión, como la reducción en la latencia del sueño paradójico (cambio posiblemente atribuible a problemas del ritmo circadiano), han conducido al estudio de las anormalidades cronobiológicas como factores causales de la depresión. Los hallazgos preliminares apoyan la teoría del adelanto de fase (véase una revisión del tema en Healy y Williams, 1988). El patrón estacional se ha relacionado de forma especial con esta última hipótesis. Así, se constata de la existencia de alguna anormalidad regulatoria subyacente mediada por variables neuroquímicas, anormalidad que implica al sistema límbico en muchos pacientes depresivos. Lo que no conocemos es si esta desregulación es causa o consecuencia de la depresión. Como señalan Thase y cols. (1985), el tipo de anormalidades biológicas que podemos encontrar en la depresión, especialmente en la depresión severa, no necesariamente indica procesos etiológicos. Algunas de estas disfunciones pueden representar epifenómenos y estar reflejando los resultados de otros procesos desconocidos. Es necesario mejorar el desarrollo de las investigaciones, incluyendo estudios longitudinales, para aumentar nuestra confianza en la función que cumplen las variables biológicas en la depresión.

Para terminar, parece claro que el futuro del desarrollo de estos temas está en la integración de los modelos biológicos y psicológicos. Afortunadamente, ya tenemos algunos ejemplos de esta integración (Post, Rubinow y Ballenger, 1984; Breier y cols., 1988; Ehlers, Frank y Kupfer, 1988; Gold y cols., 1988; Healy y Williams, 1988) que intentan evaluar el impacto que puede tener el estrés en los diferentes sistemas biológicos, integrando el estrés, las respuestas biológicas y cognitivas, y los estudios del desarrollo de la depresión en un modelo explicativo de la misma.

Endler, N. S. y Parker, J. D. (1990*a*). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
Endler, N. S. y Parker, J. D. (1990*b*). State and trait anxiety depression and coping styles. *Australian Psychology, 42.*
Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R. y Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with mayor affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry, 144*, 35-40.
Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico.* Madrid. UNED.
Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona. Martínez Roca.
Fernández-Ballesteros, R. y Souto, E. (1983). *Resolución de problemas interpersonales cognitivos de ancianos institucionalizados.* Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Terapia de Conducta. Washington, Estados Unidos.
Fisher-Beckfield, D. y McFall, R. M. (1982). Development of a competence inventory for college men and evaluation of relationships between competence and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 697-705.
Fleming, B. M. y Thornton, D. W. (1980). Coping skills training as a component in the short-term treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 652-654.
Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
Fondacaro, M. R. y Moos, R. H. (1989). Life stressors and coping: a longitudinal analysis among depressed and non-depressed adults. *Journal of Comunity Psychology, 17*, 330-340.
Gold, P. W., Goodwin, F. K. y Chrousos, G. P. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression: relations to the neurobiology of stress. Part II. *The New English Journal of Medicine, 319*, 413-420.
González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales. Adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe. *Psiquis, 4*, 7-11.
González de Rivera, J. L., Morera, A. y Monterrey, A. L. (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto de los sucesos vitales en la predisposición a la patología médica. *Psiquis, 10*, 20-27.
Gotlib, I. H. y Asarnow, R. F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and moderately depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 86-95.
Gotlib, I. H. y Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression. An interpersonal systems approach*. Nueva York. Pergamon Press.
Grosscup, S. J. y Lewinsohn, P. M. (1980). Unpleasant and pleasant events, and mood. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 252-259.
Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 2*, 215-236.
Haley, G. H. T., Stuart, F., Marriage, K., Moretti, M. M. y Freehan, R. J. (1985). Cognitive bias and depression in psyquiatrically disturbed children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 535-537.
Hamilton, E. W. y Abramson, L. Y. (1983). Cognitive patterns and mayor depressive disorder: a longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 173-184.

Hammen, C. L. (1980). Depresion in college students: beyond the Beck depression inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 126-128.
Hammen, C. L. (1991). Mood disorders (unipolar depression). En M. Hersen y S. M. Turner (Comps.) *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York. Wiley.
Hammen, C. L. y Glass, D. R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 718-721.
Hammen, C. L. y Krantz, S. E. (1976). Effects of success and failure on depressive cognitions. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 577-586.
Hammen, C. L. y Krantz, S. E. (1985). Measures of psychological processes in depression. En E. E. Beckham y W. Leber (Comps.) *Handbook of depression*. Nueva York. Academic Press.
Hammen, C. L. y Peters, S. D. (1977). Differential responses to male and female depressive reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 994-1001.
Healy, D. y Williams, J. M. G. (1988). Dysrhytmia, dysphoria, and depression: the interaction of learned helplessness and circadian dysrhythmia in pathogenesis of depression. *Psychological Bulletin, 103*, 163-178.
Heiby, E. M., Arkas, G. M. e Higa, G. (1983). *A short form of the Unpleasant events schedule*. Hawai. University of Hawaii.
Heiby, E. M. y Campos, P. E. (1986). Measurement or individual differences in self-reinforcement. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 2*, 57-69.
Heimberg, L. (1961). *Development and construct validation of an inventory for the measurement of future time perspective*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Vanderbilt.
Heimberg, R. G., Vermilyea, J. A., Dodge, C. S., Becker, R. E. y Barlow, D. H. (1987). Attributional style, depression and anxiety: an evaluation of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 537-570.
Heppner, P. P. y Anderson, W. P. (1985). The relationship between problem-solving self-appraisal and psychological adjustment. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 415-427.
Heppner, P. P., Baumgardner, A. H. y Jackson, J. (1985). Problem-solving self-appraisal, depression, and attributional style: are they related? *Cognitive Therapy and Research, 9*, 105-113.
Heppner, P. P., Kampa, M. y Brunning, I. (1987). The relationship between problem-solving self-appraisal and indixes of physical and psychological health. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 155-168.
Heppner, P. P., Neal, G. W. y Larson, L. M. (1984). Problem-solving training as prevention with college students. *Personnal and Guidance Journal, 62*, 514-519.
Heppner, P. P. y Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a Personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 66-75.
Hersen, M., Eisler, R. M., Aldorf, G. S. y Agras, W. S. (1973). Effects of token economy on neurotic depression: an experimental analysis. *Behavior Therapy, 4*, 392-397.
Hill, C. V., Oei, T. P. S. y Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specifity and sensivity of the Automatic thoughts questionnaire and Dysfunctional attitudes scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11*, 291-311.
Hinchliffe, M. K., Lancashire, M. y Roberts, F. J. A. (1971*a*). Depression: defense mechanisms in speech. *British Journal of Psychiatry, 118*, 471-472.
Hinchliffe, M. K., Lancashire, M. y Roberts, F. J. A. (1971*b*). Study of eye-contact in depressed and recovered psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 119*, 213-215.

Hoffart, A. y Martinsen, E. W. (1991). Causal attributions in clinical subtypes of depression: a longitudinal study of inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 241-256.

Hokanson, J. E., Sacco, W. P. Blumberg, S. R. y Landrum, G. C. (1980). Interpersonal behavior of depressive individuals in a mixed-motive game. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 320-332.

Hollon, S. y Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an Automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-396.

Hunsley, J. (1989). Vulnerability to depressive mood; an examination of the temporal consistency of the reformulated Learned helplessness model. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 599-608.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Walkins, J. T. y Collins, J. F. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 352-359.

Jiménez, P. y Polaino, A. (1987). Desarrollo de un sistema de observación conductual para la evaluación de pacientes depresivos. *Psiquis, 8*, 21-26.

Jones, R. G. (1969). A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International, 29*, 11-13.

Kazdin, A. E. (1990). Evaluation of the Automatic thoughts questionnaire: negative cognitive processes among children. *Psychological Assessment, 2, 73-79*.

Kendall, P. C. y Fischer, G. L. (1984). Behavioral and adjustment correlates of problem solving: validation analyses of interpersonal cognitive problem solving measures. *Child Development, 55*, 879-892.

Kiloh, L. G. y Garside, R. F. (1963). The independence of neurotic depression and endogenous depression. *British Journal of Psychiatry, 109*, 451-463.

Kleftaras, G. (1991). Pleasant and unpleasant events and activities in the elderly in relation to their level of depressive affect. *European Review Applied Psychology, 41*, 107-112.

Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry, 31*, 447-454.

Kolenc, M. K., Hartley, D. L. y Murdock, N. L. (1990). The relationship of mid depression to stress and coping. *Journal of Mental Health Counseling, 12*, 76-92.

Kornblith, S. J., Rehm, L. P., O'Hara, M. W. y Lamparski, D. M. (1983). The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignements to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 7*, 499-528.

Krantz, S. E. y Hammen, C. L. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 611-619.

Kumari, N. y Blackburn, I. M. (1992). How specific are negative automatics thoughts to a depressed population? An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology, 65*, 167-176.

Laing, R. D. y Esterson, A. (1965). *Sanity, madness and the family. Vol. 1. Families of schizophrenics*. Nueva York. Basic Books.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.

Leitenberg, H., Yost, L. W. y Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data y comparisons between children with and without self-reported sympotms of depression, low self-steem and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 528-536.

Strack, S. y Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: shared and private reactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 798-806.
Sweeny, P. D., Anderson, K. y Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analityc review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974-991.
Thase, M. E., Frank, E. y Kupfer, D. J. (1985). Biological processes in mayor depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (Comps.) *Depression:* basic mechanisms, diagnosis, and treatment. Nueva York. Dow Jones/Irwin.
Thase, M. E. y Howland, R. (1989). *The biology of depression.* Comunicación presentada en el Boulder Symposium on Clinical Psychology: Depression. Boulder, Estados Unidos.
Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (en prensa). Estrategias de enfrentamiento. En J. Guimón, A. Bulbena y G. Barrios (Comps.) *Medición en psiquiatría*. Barcelona. Salvat.
Vizcarro, C. y Muñoz, J. (1987). *Programa de sucesos interpersonales. Apuntes de la asignatura de diagnóstico*. Madrid. Facultad de Psicología. UAM.
Waxer, P. (1974). Nonverbal cues for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 53*, 329-322.
Weissman, A. N. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional attitude scale (DAS).* Comunicación presentada en la reunión de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Chicago, Estados Unidos.
Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation.* Comunicación presentada en la reunión de la American Educational Research Association. Toronto, Canadá.
Wheatley, D. (1990). The Stress profile. *British Journal of Psychiatry, 156*, 685-688.
Whitley, B. E. (1991). On the psychometric properties of the short form of the Expanded attributional style questionnaire: a response to Peterson. *Journal of Personality Assessment, 57*, 537-539.
Wierzbicki, M. y McCabe, M. (1988). Social skills and subsequent depressive symptomatology in children. *Journal of Clinical and Child Psychology, 17*, 203-208.
Williams, J., Barlow, D. y Agras, W. (1972). Behavioral assessment of severe depression. *Archives of General Psychiatry, 72*, 303-337.
Williams, J. G., Barlow, D. H. y Agras, W. S. (1987). Behavioral measurement of several depression. *Archives of General Psychiatry, 27*, 330-333.
Youngren, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1978). *Depression and problematic interpersonal behavior.* Comunicación presentada en la Western Psychological Association. San Francisco, Estados Unidos.
Youngren, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relationship between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 333-341.
Youngren, M. A., Lewinsohn, P. M. y Zeiss, A. M. (1975). *The interpersonal events schedule*. Documento inédito. Universidad de Oregón.
Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. y Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression interpersonal skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 427- 439.

yor tradición experimentalista de la psicología que la hace proclive al estudio de las manifestaciones cognitivas del trastorno, más fácilmente abordables desde esta metodología, una tendencia más marcada hacia posturas explicativas que descriptivas (éstas son más propias de la psiquiatría tradicional anclada en problemas de naturaleza clínica) y, finalmente, la importancia que el modelo cognitivo como modelo predominante ha ido alcanzando en la psicología de las tres últimas décadas, importancia que parece en ascenso.

Existe una marcada diferencia entre la evaluación tradicional clínica y la cognitiva/procesamiento de la información, ya que ésta pretende ir más allá de la simple constatación del estado de unas funciones y habilidades en la ejecución de una tarea; esta última manifiesta una tendencia explicativa respecto al papel de los procesos mentales en la etiología y etiopatogenia de la esquizofrenia. Por todo esto, no es de extrañar que la mayoría de los manuales de evaluación general escritos desde la perspectiva psicológica, cuando habla de la esquizofrenia lo hace en referencia casi exclusiva a la evaluación de las funciones cognitivas, y ello incluye también manuales de evaluación conductual (Ruiz Vargas, 1981; Fernández Trespalacios, 1984).

Como consecuencia, en este capítulo no se abordará la evaluación de la esquizofrenia como un todo unitario sino a través de diversos apartados que pretenden seguir la historia natural del trastorno, con la esperanza de que el lector pueda seleccionar aquellos aspectos teóricos e instrumentos que se correspondan a sus intereses. Esta exposición no pretende ser exhaustiva, ni cubrir todas las áreas, técnicas e instrumentos conocidos, sino considerar aquéllos de mayor relevancia en el momento actual. Por último, es de resaltar que nos detendremos con más atención en aquellas técnicas e instrumentos desarrollados expresamente para la evaluación de la esquizofrenia, evitando aquellos otros de carácter general con aplicación a toda la psicopatología como puede ser el *Minnesota multiphasic personality inventory* (MMPI).

III. EVALUACIÓN DEL AJUSTE PREMÓRBIDO

El ajuste premórbido se ha definido como el nivel de adecuación del sujeto a las distintas circunstancias que van marcando las diferentes etapas de desarrollo antes del inicio de su enfermedad (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt, 1982). La investigación del ajuste premórbido en trastornos psicopatológicos es interesante si se considera que, bajo algunas circunstancias, puede constituir un sustituto del estudio longitudinal, obviando algunos de los problemas que presenta el mismo (mucho tiempo, pérdida de muestra, etc.), por lo que constituye una buena aproximación al estudio patobiográfico controlado.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mas estudiados en este ámbito. Ya en 1910 Meyer llamó la atención sobre la importancia de los aspectos longitudinales en el estudio de este trastorno. Según este autor, el ajuste anterior a la en-

A pesar de ello, todas estas escalas presentan en general algunos problemas entre los que se pueden destacar tres:

a. La definición del concepto de premórbido; aunque se establece como el período anterior al primer diagnóstico fiable o primera hospitalización, ello puede inducir a errores, ya que, como es sabido, puede haber enfermedad desde mucho antes de su detección clínica.

b. El hecho de evaluar básicamente un funcionamiento social hace que las escalas estén fuertemente influidas por las normas culturales de un período de tiempo y grupo social determinado, lo que provoca que queden desfasadas periódicamente.

c. La evaluación se obtiene a través de una tarea que implica básicamente un juicio clínico, lo que puede ser una importante fuente potencial de errores, convirtiendo así en problemática la evaluación del ajuste premórbido.

IV. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Dos preocupaciones básicas parecen haber dirigido los trabajos y avances en el campo del diagnóstico y la evaluación de los síntomas en la esquizofrenia: reducir la tradicionalmente baja fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico y obtener formulaciones diagnósticas que recojan toda la complejidad del fenómeno esquizofrénico en sus aspectos clínicos (Mezzich y Slayton, 1984). En relación al primer problema, hay que tener en cuenta que el instrumento de diagnóstico clínico por excelencia continúa siendo la entrevista, con el enfermo o con sus allegados, que se complementa con cualquier tipo de material que pueda ayudar a clarificar los datos que surgen a lo largo del desarrollo de la misma (tests psicológicos, pruebas neurorradiológicas, analíticas, etc.), material al que precisamente llamamos complementario. Así pues, no es de extrañar que el mayor esfuerzo se haya dirigido hacia la elaboración de procedimientos de entrevista que reduzcan la variabilidad en el proceso de obtener información (entrevista clínica estructurada).

La entrevista clínica estructurada especifica claramente el ítem que ha de ser evaluado, posibilita una puntuación escalar del mismo con definiciones operativas para cada punto de la escala y, complementariamente, ofrece instrucciones y preguntas orientativas de cómo ha de ser evaluado el ítem.

No es nuestra intención realizar una revisión de las características y problemas metodológicos que presentan estos instrumentos. Lo cierto es que su introducción en la clínica ha sido desigual, habiéndose obtenido una mayor aceptación en el campo de la investigación clínico-epidemiológica que en la clínica diaria (Baca, 1992).

Las formulaciones diagnósticas completas constituyen una de las fuentes más importantes de variabilidad en el proceso diagnóstico. El problema se cen-

IV.1.6. «*Comprehensive assessment of symptoms and history*, CASH [Historia y evaluación global de síntomas]» de Andreasen, Flaum y Arndt (1992)

Aunque no se trata propiamente de una entrevista estructurada, lo reciente de su publicación y el hecho de que haya sido desarrollada específicamente para el diagnóstico de la esquizofrenia y los trastornos afectivos, aconsejan su inclusión en este apartado.

Se trata de un instrumento que pretende recoger de una forma estandarizada, sistematizada y organizada, todo tipo de información sobre las condiciones clínicas antes apuntadas. Al mismo tiempo ofrece una base para el diagnóstico de las mismas según los sistemas *RDC*, *DSM-III-R* e *ICD*. Para ello, se estructura en tres partes: estado actual de la enfermedad, historia de la enfermedad y una anamnesis muy completa.

En el primer apartado se recogen datos sociodemográficos del enfermo, la exploración psicopatológica, la presencia de posibles precipitantes del episodio, el tratamiento, una evaluación cognitiva y, naturalmente, un diagnóstico. La historia de la enfermedad incluye las formas de inicio y las hospitalizaciones, características del curso clínico y síntomas anteriores de psicosis. Finalmente, la anamnesis recoge datos relativos a tratamientos somáticos anteriores, historia de alcoholismo u otras toxicomanías, una escala de ajuste premórbido y de personalidad premórbida o intermórbida, una escala de funcionamiento psicosocial durante los últimos cinco años y una evaluación global de la anamnesis. Todo ello se realiza a través de ítems con sistemas de puntuación escalar o escalas ya conocidas, modificadas y adaptadas a este instrumento.

En el trabajo original (Andreasen y cols., 1992) se incluyen datos sobre la fiabilidad (interexaminadores y test-retest) y, obviamente, es demasiado pronto para poder realizar una estimación global de su efectividad.

IV.2. *Criterios diagnósticos*

Si por criterios diagnósticos o aproximaciones a los mismos entendemos descripciones adecuadas de la enfermedad, se puede decir que han existido desde el mismo momento en que se inicia la historia científica de la esquizofrenia. Estos criterios/descripciones se han acumulado en el último siglo en perfecta sintonía con las dificultades de unificación que presenta una disciplina como la psicopatología. Prueba de ello es el mencionado *USA-UK Cross National Project* y los bajos índices de fiabilidad que se alcanzan en las categorías diagnósticas "finas" no muy generales (Jarne, 1992) y con el propio *DSM-III-R*. Tal como consideran Obiols y Obiols (1989, pp. 35-36) «los años setenta han sido la tumba de las aspiraciones de quienes todavía creían en la posibilidad de un diagnóstico estrictamente psicopatológico de la esquizofrenia y en la existencia de síntomas patog-

nomónicos de la enfermedad». A pesar de ello, no creemos que se deba ser excesivamente pesimista. Existe un camino recorrido desde las primeras descripciones de pacientes esquizofrénicos hasta los actuales sistemas de criterios diagnósticos; este camino implica una serie de avances que se puede simplificar en los siguientes aspectos:

a. Existe un tránsito desde el simple listado de síntomas (Schneider) a los criterios diagnósticos entendidos como la condición que permite apreciar la existencia de una determinada combinación de síntomas *(DSM-IV)*.

b. Se ha evolucionado desde la única exigencia de considerar criterios de inclusión (se aprecia un síntoma) a la de inclusión y exclusión (se descarta la presencia de otros síntomas y/o trastornos que puedan inducir a error diagnóstico). Con ello se da cabida al problema del diagnóstico diferencial tan conflictivo en psicopatología.

c. Progresivamente, se van incluyendo criterios que recogen no sólo síntomas sino las consecuencias de ellos, macrosíntomas que se aproximan más a la realidad clínica. Así, la condición B para el diagnóstico de esquizofrenia en el *DSM-IV* es que se aprecie el deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

d. Es importante, aunque conflictiva, la inclusión del criterio temporal tanto en lo que se refiere a la presencia del resto de los síntomas (seis meses por lo menos en el *DSM-IV* para la esquizofrenia) como a la edad del paciente (antes de los 45 años en la misma situación).

e. La consideración de criterios que permitan las subclasificaciones o los subtipos (paranoide, etc.) o diferentes momentos evolutivos (crónica, residual, etc.).

f. El desarrollo de sistemas multiaxiales de diagnóstico que permiten incluir en un diagnóstico diferentes aspectos de un trastorno, configurando una visión de conjunto del mismo. Todo ello realizado a través de los ejes que recogen distinta información clínica, conceptualizada de una forma cuasiindependiente de un eje a otro. Una buena revisión de los sistemas multiaxiales de diagnóstico de esquizofrenia se puede encontrar en el texto de Mezzich y Slayton (1984).

Tomando como base la recopilación efectuada por la Organización Mundial de la Salud en 1986, se muestra en el cuadro 11.5 una visión de conjunto de los criterios diagnósticos más importantes en la esquizofrenia, así como sus características según los aspectos antes comentados.

IV.3. *Evaluación de los síntomas*

Como es lógico, en la evaluación de los síntomas esquizofrénicos se puede utilizar cualquiera de las escalas de evaluación de la intensidad global de síntomas psicopatológicos en general. En relación a la esquizofrenia, las referencias de trabajos anteriores prácticamente se cirscunscriben a dos escalas: la *Brief psy-*

los pacientes esquizofrénicos y a 1/3 de ellos de forma grave. De hecho, es frecuente que una vez producida la remisión sintomatológica, persista de manera inexplicable la disfunción social que provoca no sólo incomodidad en el sujeto sino también, en muchas ocasiones, enfrentamientos con las personas que rodean al paciente.

En efecto, los familiares y conocidos del enfermo no acaban de comprender cómo hombres y mujeres jóvenes, con buena salud física y que aparentemente no presentan la sintomatología llamativa que motivó el ingreso o consulta (delirios, alucinaciones, etc.), son incapaces de persistir más de 15 días en un trabajo o estudio, no muestran interés por nada, prácticamente no hablan con nadie y se pasan los días vagando por las calles de la ciudad sin motivo aparente. Esta situación es fuente de tensiones en el contexto familiar, y a su vez constituye uno de los factores de riesgo de recaída más importante, tal como explica la *Teoría de la expresión de la emoción (EE)* (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972).

Hace sólo pocas décadas que los clínicos se han mostrado interesados en la investigación y el trabajo terapéutico sobre este aspecto. Ello coincide, como es lógico, con el proceso de desinstitucionalización y reforma del hospital psiquiátrico; se hace un mayor énfasis en el tratamiento ambulatorio y, por lo tanto, en la familia y en el contexto social, en donde se hace más evidente el deterioro social. Actualmente, esta nueva situación plantea problemas, algunos de tipo teórico como la dependencia/independencia y tipo de relación entre el deterioro social y el deterioro cognitivo, y otros de tipo práctico como las posibilidades de programas de rehabilitación de ambos (Brenner, 1992).

A pesar de las muchas definiciones que se han realizado de este deterioro social, en términos generales, todas acaban incidiendo en los mismos aspectos; Leff (1983) recoge los más comunes a todas ellas:

a. Fuerte disminución de la iniciativa, lo cual origina que las conductas sociales espontáneas estén prácticamente extinguidas; así, los pacientes se sienten incapacitados para buscar trabajo o continuar sus estudios.

b. Pérdida del interés en cualquier tipo de contacto sexual.

c. Dificultades para mantener el rendimiento no sólo en las actividades relacionadas con el trabajo, sino en cualquier actividad por pequeña que sea; ello provoca la pérdida frecuente del empleo.

d. Descenso del interés con la pérdida progresiva de la motivación para el ocio, deporte, etc.; la conducta queda relegada a las actividades que supongan el menor esfuerzo por parte del sujeto, como ver la televisión o pasear sin hacer nada concreto.

e. Tendencia al aislamiento social con rechazo expreso de la compañía de los demás; el paciente permanece en su casa la mayor parte del día, a menudo encerrado en su habitación, evitando activamente el contacto.

f. Pérdida de los patrones y habilidades sociales, que se expresa en el pro-

togenia y desarrollo del trastorno, en la actualidad se orienta hacia el lado clínico y aplicado.

Las diversas formas de abordar este problema vienen configuradas por el tipo de estrategia que se ha utilizado en su estudio. La literatura existente hasta el momento se puede clasificar según cuatro grandes estrategias: descriptiva, psicométrica clásica concretizada en el estudio del cociente intelectual, neuropsicológica y cognitiva experimentalista.

En un primer momento, desde principios de siglo hasta los años cuarenta aproximadamente, no existe propiamente evaluación técnica de los procesos cognitivos, sino preciosistas descripciones de sintomatología relacionada con las áreas cognitivas. Así, Kraepelin intenta diferenciar las alteraciones intelectuales presentes en las demencias precoces de las que se hallan en las demencias orgánicas, reconociendo que el trastorno de pensamiento es una de las características de esta enfermedad. De igual manera, Bleuler en 1911 observaba en relación a la memoria de los esquizofrénicos que el registro de material podía estar intacto pero su reproducción estaba alterada por perturbaciones de asociación y afectividad. En 1981, Freedman basándose en la evolución clínica de 15 enfermos diagnosticados de "esquizofrenia crónica", hacía una pormenorizada descripción de las alteraciones cognitivas presentes.

Cuando se intentó determinar la naturaleza del defecto cognitivo de una manera más objetiva, la primera estrategia utilizada fue la del estudio del cociente intelectual de los enfermos desde una perspectiva que hoy se puede denominar de "psicometría clásica". La estrategia psicométrica clásica vino determinada por la euforia que siguió a la popularización y extensión en su utilización de los tests de inteligencia, fundamentalmente las escalas de Binet y de Wechsler, conjuntamente con otros como las matrices progresivas de Raven. Estos estudios se extendieron hasta la década de los años sesenta y, en estos momentos, se pueden considerar como una vía agotada. El procedimiento se basa en la comparación del cociente intelectual de los sujetos esquizofrénicos con los de otras poblaciones de referencia, o en el estudio de la evolución del cociente intelectual a lo largo de la enfermedad.

Obiols (1986) realizó una magnífica recopilación de dichos estudios basándose en las revisiones de Payne (1973). En resumen, podemos concretar los resultados siguientes. Aunque los enfermos esquizofrénicos presentan un cociente intelectual inferior a los sujetos normales, éste no es patológico. Existe una gran heterogeneidad entre los distintos subgrupos de esquizofrenia, mientras los paranoides se aproximan a la normalidad, los enfermos hebefrénicos y simples se alejan de ella tendiendo a puntuar en zonas límites del retraso mental. El cociente intelectual premórbido de los esquizofrénicos tiende a ser más bajo que el de sus grupos de referencia, con la misma orientación que en el caso anterior: el enfermo paranoide puntúa más alto. La comparación entre el cociente intelectual pre- y posenfermedad parece demostrar una tendencia al deterioro fruto de la enfermedad, teniendo en cuenta que en el enfermo paranoide esta variación parece ser apenas apreciable y es muy marcada en el hebefrénico, si bien es

cierto que cuando el paciente se recupera clínicamente tiende a mejorar su rendimiento.

Desde la década de los años sesenta, los estudios de orientación cognitiva-experimentalista comparten con los neuropsicológicos la primacía del estudio del déficit esquizofrénico, de manera que se puede afirmar que los datos y resultados han revolucionado las concepciones que existían sobre este trastorno. De hecho, quizás no sea una casualidad que ambos se encuentren en estos momentos en una etapa de cierta confluencia.

La exploración neuropsicológica presenta en sí misma un nivel elevado de dificultad que, como ha remarcado Peña (1987), proviene de la propia complejidad de las actividades mentales exploradas y de la gran variedad de factores implicados. En el caso de la esquizofrenia, a esta circunstancia hay que añadir las dificultades derivadas de explorar un trastorno considerado como "funcional", sin bases de alteración anatómica unánimemente reconocidas. En relación a las primeras, se cita la edad, el sexo, la dominancia manual, la escolaridad, el nivel sociocultural, la lengua materna, la personalidad premórbida, variables anatómicas como las que surgen de la diferenciación funcional hemisférica, y otras que tienen su origen en la situación clínica particular del paciente, tales como la falta de colaboración en enfermos psicóticos o la ingesta habitual de alcohol y otros tóxicos. De hecho, la exploración neuropsicológica en enfermos esquizofrénicos lleva inherente una serie de problemas que provienen de frentes diferentes y que es importante tener presentes en el momento de la misma ya que pueden desvirtuar los resultados (Sandín, 1987).

En el cuadro 11.8 se resumen las variables generales y específicas que han de ser consideradas en la evaluación neuropsicológica de la esquizofrenia.

Hasta este momento, ninguno de los instrumentos neuropsicológicos existentes ofrece una estandarización y baremación específica para poblaciones esquizofrénicas, por lo que los datos existentes provienen de trabajos de investigación que, en general, utilizan alguna de estas metodologías:

a. Comparación de grupos de enfermos esquizofrénicos con grupos de enfermos con patología orgánica cerebral que presentan déficit cognitivos.

b. Comparación de grupos de enfermos esquizofrénicos con sujetos normales que no presentan déficit cognitivos.

c. Correlación de los resultados de la exploración neuropsicológica con anormalidades neurológicas detectadas a través del electroencéfalograma, potenciales evocados, neumoencefalografía, etcétera.

d. Correlación de los resultados de la exploración neuropsicológica con diversas medidas clínicas de la misma enfermedad: síntomas positivos y negativos, deterioro social, ajuste premórbido, etcétera.

A pesar de ello, la constatación de la existencia de déficit cognitivo en la esquizofrenia, que puede ser evaluado a través de metodología neuropsicológica, es uno de los hallazgos más consistentes de las últimas décadas. Si en un princi-

mente optimista al perfilar cuáles podrían ser, en el futuro, dichas aportaciones, pues en esta disciplina todavía existe la diferenciación entre "datos que ayudan al conocimiento clínico" y "datos que ayudan a la práctica clínica". Desde esta perspectiva, pensamos que la psicología cognitiva está cada día más cerca de la realidad clínica, pero aún ha de recorrer cierto camino (por otro lado natural), para que sus conocimientos puedan aplicarse de forma directa a problemas clínicos específicos. Podemos utilizar como ilustración el siguiente ejemplo; la *Continuos performance task,* CPT [Prueba de atención sostenida] ha mostrado su capacidad para evaluar lo que parece ser una característica de la esquizofrenia que permanece constante más allá de las variaciones clínicas e, incluso, parece discriminar a sujetos con alto riesgo de padecer esquizofrenia (personalidades esquizotípicas, etc.). Sin embargo, a nadie se le ocurre pronosticar que un ser humano asintomático con dificultades en dicho test tiene ni siquiera una mediana probabilidad de desarrollar esquizofrenia, en tanto no demuestre signos clínicos de la misma.

A pesar de ello, existen elementos suficientes para pensar que la evaluación cognitiva de la esquizofrenia no sólo ha conseguido un cambio de mentalidad en relación al tema, sino que en breve puede acabar fructificando en hechos concretos cercanos a la realidad clínica. Quizás el cambio más importante se concrete en el tránsito de la medición estática de la respuesta en una serie de tareas (visión psicométrica y neuropsicológica) a la evaluación dinámica del proceso que subyace en la ejecución de las tareas. Ello no sólo abre el camino a nuevos planteamientos hipotéticos respecto a los mecanismos etiológicos y etiopatogénicos de la enfermedad, sino que también puede permitir planificar nuevas estrategias terapéuticas que incidan en los mecanismos alterados y que en la actualidad se orientan hacia técnicas rehabilitadoras de las funciones cognitivas.

Sin embargo, parece difícil que la evaluación cognitiva pueda sustituir a los procedimientos diagnósticos tradicionales, ya que parece definir mal y de una manera parcial, la mayoría de las realidades clínicas complejas (referidas al fenómeno esquizofrénico en su totalidad). Por esta razón, hoy por hoy, la búsqueda de unidades de evaluación que, surgidas de la experimentación cognitiva, sirvan como punto de referencia a un proceso diagnóstico absolutamente objetivo parece más un *desideratum* que una realidad próxima.

En relación a las técnicas de evaluación utilizadas desde esta perspectiva, se entiende fácilmente la práctica imposibilidad de su sistematización, debido a la metodología experimental usada en la mayoría de los casos y, por lo tanto, ideada para una situación específica. Sin embargo, existe una serie de paradigmas en el estudio de las funciones cognitivas (atención y memoria fundamentalmente) que ha generado instrumentos específicos que cada día se utilizan más en la evaluación clínica de la esquizofrenia:

a. Tareas de ejecución continua: evalúan situaciones de atención mantenida a través de tareas de detección de estímulos (generalmente visuales) en una presentación breve, con una secuencia aleatoria y según una tasa constante.

Fenton, W. S. y McGlashan, T. H. (1987). Sustained remission in drug-free schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1306-1309.
Fernández Trespalacios, J. L. (1984). Esquizofrenia. En J. Mayor, y F. J. Labrador (Comps.) *Manual de modificación de conducta*. Madrid. Alhambra.
Freedman, T. (1981). *Psicopatología de las psicosis*. Barcelona. Toray.
Gittelman-Klein, R. y Klein, D. F. (1969). Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research, 7*, 35-53.
Glick, M., Quinlan, D. y Zigler, E. (1987). Premorbid competence, role orientation, and gender differences in DSM-II versus DSM-III schizophrenic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 609-611.
Golden, C. J., Hammeke, T. A. y Purish A. D. (1978). Diagnostic validity of a standarized neuropsychological battery derived from Luria's neurpsychological test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 46*, 1258-1265.
Golden, C. H., Moses, J. y Zelazowki, R. (1980). Cerebral ventricular size and neuropsychological imparment in young chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 37*, 619-623.
Golden, C. J., Purish, A. D y Hammeke, T. A. (1985). *Luria-Nebraska neuropsychological battery: forms I and II manual*. Los Ángeles. Western Psychological Services.
Goldstein, G. (1986*a*). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorder*. Nueva York. Oxford University Press.
Goldstein, G. (1986*b*). *Clinical application of neuropsychological test batteries*. Nueva York. Plenum Press.
Goldstein, G. y Shelly, C. (1987). The classification of neuropsychological deficit. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment, 9*, 183-202.
Guardia, J., Jarne, A. y Peña, J. (1991). Aproximación al estudio de la fiabilidad y de la validez del Test Barcelona. En J. Peña (Comp.) *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas*. Barcelona. Masson.
Heaton, R. (1978). Neuropsychological tests results associated with psychiatric disorders in adults. *Psychological Bulletin, 85*, 141-162.
Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. (1984). The Quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic syndrome. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 388-398.
Helzer, J. E. (1988). Uses of structured diagnostic interviews for clinical practice and research in schizophrenia. En M. T. Tsuang y J. C. Simpson (Comps.) *Handbook of schizophrenia. Vol. 3 (Nosology, epidemiology and genetics)*. Amsterdam. Elsevier.
Hoff, A. L. (1992). Anomalous lateral sulcus asymmetry and cognitive function in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 18*, 257-272.
Hyde, C. E. (1989). The Manchester scale: a standarised psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *British Journal of Psychiatry, 155 (supl. 7)*, 45-48.
Ibáñez, E. y Belloch, A. (1985). *Psicología clínica*. Valencia. Promolibro.
International Pilot Study of Schizophrenia (IPS). (1973). *Results of the initial evaluation phase. Vol. 1*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
Jarne, A. (1988). *Evaluación neuropsicológica del deterioro en la esquizofrenia*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Barcelona.
Jarne, A. (1989). Neuropsicología del deterioro en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas, 116*, 169-175.
Jarne, A. (1992). *La consulta en psicología clínica*. Barcelona. Paidós.
Kane, J., Golden, C. H., Parsons, O. y Moses, J. (1981). Comparative diagnostic accu-

Phillips, L. (1953). Case history data and prognosis in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 117*, 515-525.
Pogue-Gelie, M. F. y Harrow, M. (1984). Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression: a follow -up. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 371-387.
Pull, C. B. (1981). Psychopathologie quantitative de la schizophrenie. *Actualités de la schizophrenie*. París. Presses Universitaires de France.
Robin, L. N., Hetzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*, 381-389.
Rodríguez Fornell, A., Rodríguez, A., Jarne, A., Soler, R. y Miarons, R. (en prensa). *Validez de constructo de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (QLS).*
Ruiz Vargas, J. M. (1981). Evaluación del déficit cognitivo esquizofrénico. En R. Fernandez-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide.
Ruiz Vargas, J. M. y Castilla del Pino, C. (1991). *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. Madrid. Trotta.
Russell, E. (1984). Theory and development of pattern analysis method related to the Halstead-Reitan battery. En P. E. Logue y J. M. Scheer (Comps.) *Clinical neuropsychology, a multidisciplinary approach*. Springfield. Charles C. Thomas.
Russell, E. (1987). A reference scale method for constructing neuropsychological test batteries. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 9*, 376-392.
Sandín, B. (1987). *Aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia. Aportaciones recientes en psicopatología*. Madrid. Novamediz.
Sanz, A. (1991). *El deterioro en pacientes esquizofrénicos seniles.* Comunicación presentada en la II Reunión Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. Madrid, España.
Spitzer, R. L. (1992). The structured clinical interview for *DSM-III-R* (SCID). History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-629.
Spitzer, R. L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. 3.ª ed.* Nueva York. State Psychiatric Institute.
Tarter, R. (1986). Neuropsychological batteries in clinical application. En G. Goldstein (Comp.) *Clinical application of neuropsychological test batteries*. Nueva York. Plenum Press.
Taylor, M. A. y Abrams, R. (1987). Cognitive impairment patterns in schizophrenia and affective disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 10*, 289-291.
Vizcarro, C. (1991). Déficit cognitivos: ¿curiosidad de laboratorio o variables de relevancia clínica? En C. Castilla del Pino y J. M. Ruiz Vargas (Comps.) *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia.* Madrid. Trotta.
Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry, 32*, 357-365.
Weissman, M. M., Sholomskas, D. y John, K. (1981). The assessment of social adjustment. An update. *Archives of General Psychiatry, 38*, 1250-1258.
Wing, J. K., Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric syndromes*. Cambridge. Cambridge University Press.
Withers, E. y Hinton, J. (1971). Three forms of the clinical tests of the sensorium and their reliability. *British Journal of Psychiatry, 119*, 1-8.
World Health Organization (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Ginebra. WHO.

CUADRO 12.1. *Clasificación internacional de los trastornos del sueño* (Buela-Casal y Caballo, 1991)

1. DISOMNIAS

1.1. Trastornos intrínsecos del sueño

1.1.1. Insomnio psicofisiológico
1.1.2. Percepción inadecuada del estado de sueño
1.1.3. Insomnio idiopático
1.1.4. Narcolepsia
1.1 5. Hipersomnia recurrente
1.1.6. Hipersomnia idiopática
1.1.7. Hipersomnia postraumática
1.1.8. Apnea obstructiva del sueño
1.1.9. Síndrome de apnea central
1.1.10. Síndrome de hipoventilación alveolar central
1.1.11. Trastorno de movimiento periódico
1.1.12. Síndrome de piernas inquietas
1.1.13. Otros trastornos intrínsecos

1.2. Trastornos extrínsecos del sueño

1.2.1. Higiene inadecuada del sueño
1.2.2. Trastorno ambiental del sueño
1.2.3. Insomnio de altura
1.2.4. Trastorno de la regulación del sueño
1.2.5. Síndrome de sueño insuficiente
1.2.6. Trastorno de restricción de sueño
1.2.7. Trastorno asociado al inicio del sueño
1.2.8. Insomnio por alergia alimenticia
1.2.9. Síndrome del comer (beber) nocturnos
1.2.10. Trastorno del sueño por dependencia de hipnóticos
1.2.11. Trastorno del sueño por dependencia de estimulantes
1.2.12. Trastorno del sueño por dependencia alcohólica
1.2.13. Trastorno del sueño inducido por tóxicos
1.2.14. Otros trastornos extrínsecos

1.3. Trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano

1.3.1. Síndrome del cambio del huso horario *(jet-lag)*
1.3.2. Trastorno del sueño por rotación de turnos de trabajo
1.3.3. Patrón irregular de vigilia-sueño
1.3.4. Síndrome de la fase atrasada del sueño
1.3.5. Síndrome de la fase adelantada del sueño
1.3.6. Trastorno del sueño-vigilia del ritmo distinto de 24 horas
1.3.7. Otros trastornos

CUADRO 12.5. *Trastornos de la respiración asociados al sueño: criterios diagnósticos* DSM-IV

A. Alteración del sueño manifestada por una excesiva somnolencia o insomnio provocado por un trastorno respiratorio asociado al sueño (apnea obstructiva o central o hipoventilación alveolar central).
B. El trastorno no está asociado a trastornos mentales, ni es un efecto psicofisiológico directo del consumo de sustancias o de un trastorno médico que no sea respiratorio.

CUADRO 12.6. *Trastornos del sueño asociados al ritmo circadiano: criterios diagnósticos* DSM-IV

A. Persistente alteración en el patrón de sueño manifestada por somnolencia excesiva o insomnio como consecuencia de un desajuste entre el horario de sueño y el ritmo circadiano.
B. Esta alteración provoca un conflicto clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento del sujeto.
C. Esta alteración no está asociada ni a un trastorno de sueño ni a un trastorno mental.
D. El trastorno no es un efecto psicofisiológico directo del consumo de sustancias o de un trastorno médico.

CUADRO 12.7. *Pesadillas: criterios diagnósticos* DSM-IV

A. Despertares repetidos durante el sueño nocturno o la siesta con un recuerdo detallado de los sueños amenazantes, que suelen estar asociados a peligros de supervivencia, seguridad o autoestima. Estos despertares generalmente ocurren durante la segunda mitad de la noche.
B. El sujeto se despierta orientado y en estado de alerta.
C. Esta alteración provoca un conflicto clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento del sujeto.
D. La alteración no está asociada a otro trastorno mental (delirios, estrés postraumático, etc.), ni es un efecto psicofisiológico directo del consumo de sustancias o de un trastorno médico.

CUADRO 12.10. *(Continuación)*

— ¿Ronca?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No

— ¿Tarda mucho tiempo en quedarse dormido por la noche?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No
¿Cuánto tiempo? ....

— ¿Se despierta por la noche?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No
¿Cuántas veces? ....
¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido otra vez? ....

— ¿Se despierta muy temprano por la mañana?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No
¿Cuánto tiempo? ....

— ¿Le cuesta mucho despertarse completamente por la mañana?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No

— ¿Tiene dificultades para mantenerse despierto por las mañanas en la escuela?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No

— ¿Tiene dificultades para mantenerse despierto por las tardes en la escuela?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No

— ¿Se mueve en exceso en la cama cuando está dormido?

a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez al mes
d) Menos de una vez al mes e) No

ESTA MAÑANA

¿Cuántos minutos permanecí despierto cada vez?	¿A qué hora me desperté? ¿Cómo me encontraba? Muy somnoliento .....–2 Somnoliento............–1 Normal......................0 Alerta ....+1 Muy alerta ....+2	En general, mi sueño esta noche pasada fue: Muy somnoliento .....–2 Somnoliento............–1 Normal......................0 Plácido...................+1 Muy plácido ....+2	¿Cuántas horas he dormido esta noche pasada?
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas
1.— 2.— 3.— 4.— 5.— 6.—	Hora: ——— –2 –1 0 +1 +2	–2 –1 0 +1 +2	—— horas

CUADRO 12.12. *Escala de somnolencia de Stanford (ESS). Por medio de esta versión se registra la activación autoinformada cada hora durante las 24 horas del día*

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE STANFORD (ESS)

NOMBRE .... APELLIDOS ....
EDAD .... FECHA ....

INSTRUCCIONES: Lea con detenimiento la siguiente escala y marque con una cruz la casilla correspondiente al estado con el que usted se identifica en cada hora.

1. *Me siento activo, vital, alerta, completamente despierto.*
2. *Funcionamiento alto, pero no máximo, capacidad de concentrarme.*
3. *Relajado, despierto, no completamente alerta, reactivo.*
4. *Un poco apagado, no al máximo, disminuido.*
5. *Apagado, comienza la pérdida de interés por estar despierto.*
6. *Somnoliento, prefiero estar acostado, luchando con el sueño, confuso, aturdido.*
7. *Casi en sueño, comienzo inmediato del sueño, incapacidad para permanecer despierto.*

	Estado						
Hora	1	2	3	4	5	6	7
00							
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

somnolencia de Stanford como variable dependiente y las variables psicofisiológicas como predictoras, obteniendo un coeficiente de regresión múltiple r = 0,88. En función de los resultados obtenidos se puede concluir que la *ESS* es una escala suficientemente válida para medir el nivel de activación-somnolencia, demostrando su validez, tanto en relación con una prueba de rendimiento (tiempo de reacción) como con variables psicofisiológicas (tasa cardíaca, temperatura periférica), siendo considerablemente elevado el coeficiente de regresión múltiple que se ha obtenido en relación con estas variables.

III.1.4. Técnicas psicofisiológicas

Las técnicas psicofisiológicas pueden utilizarse tanto en registros nocturnos como en la evaluación de la somnolencia diurna. Los registros nocturnos permiten una evaluación polisomnográfica, para lo cual el paciente debe dormir en el laboratorio de sueño; entre las técnicas más utilizadas para la evaluación de la somnolencia destacan el *Test de latencia múltiple de sueño (TLMS)*, el *Test de medidas repetidas de la vigilia (TMRV)*, la *Puntuación poligráfica de somnolencia (PPS)*, el *Índice poligráfico de somnolencia (IPS)* y las pruebas de rendimiento. A continuación se describen brevemente cada una de ellas.

a. *Evaluación polisomnográfica*

La técnica polisomnográfica nos permite cuantificar y caracterizar el sueño en función de la amplitud y frecuencia de la actividad electroencefalográfica espontánea. El procedimiento consiste en registrar en papel continuo diferentes variables psicofisiológicas: actividad electroencefalográfica (EEG), movimientos oculares (MO), tono muscular (EMG), frecuencia cardíaca (EKG) y respiración. Dependiendo del trastorno se pueden registrar otros parámetros: temperatura corporal, sudoración, movimientos corporales, etc. Así por ejemplo, cuando queremos realizar un exhaustivo estudio de la respiración durante el sueño de un sujeto con apnea se deben incluir otros parámetros relacionados con la respiración: flujos aéreo nasal y bucal, esfuerzo respiratorio torácico abdominal, etc. El número de canales necesario para realizar registros polisomnográficos oscila entre cuatro (mínimo imprescindible para registrar sueño normal) y catorce; el número y el orden de los mismos varía según los laboratorios de sueño. El cuadro 12.14 muestra los diferentes parámetros que se pueden obtener con un registro polisomnográfico.

La evaluación polisomnográfica, utilizando un polígrafo de cuatro canales, sólo permite realizar una cuantificación de los parámetros enumerados en el cuadro 12.14; sin embargo, este montaje no permite detectar ciertas alteraciones asociadas, como por ejemplo apneas o mioclonías. Todos los montajes tienen en común los cuatro canales propuestos por Rechtschaffen y Kales (1968): un canal

factores. Así, Jurado, Luna-Villegas y Buela-Casal (1989) demostraron que el tiempo de reacción registrado durante el día está relacionado con la cantidad de sueño de ondas lentas durante el sueño nocturno; los sujetos con un mayor porcentaje de fase IV presentan un mejor tiempo de reacción que los que tienen menos sueño de ondas lentas.

A principios de la década de los años setenta, el equipo de Fernández-Guardiola describe una prueba poligráfica de rendimiento que demostró ser muy efectiva en la evaluación de la somnolencia en los seres humanos. Los sujetos —dentro de una sala sonoamortiguada, acostados en una cama en posición supina con los ojos cerrados—, deben mantener un estado de atención durante una hora, a lo largo de la cual tienen que responder a una serie de estímulos visuales, en forma de destellos luminosos de 10 msg de duración, suministrados por una lámpara de fotoestimulación situada frente a la cara a 30 cm de distancia. La tarea consiste en responder lo más rápido posible en una palanca de telegrafista situada en el borde de la cama. Los estímulos son presentados en una primera fase de forma periódica cada 10 segundos (estimulación isócrona), y en una segunda fase se incluyen en el programa de estimulación isócrona algunos estímulos al azar, no esperados por el sujeto, entre el segundo 1 y el 9 (estimulación estocástica), con el fin de evaluar el nivel de expectación. Entre ambas fases se incluye una prueba de estimación del tiempo: el sujeto debe reproducir el intervalo interestímulo de la fase isócrona, es decir, debe repetir el intervalo anterior de 10 segundos. Esta situación experimental confiere un alto grado de objetividad a la evaluación de los estados atencionales. El estado de atención mantenida en este tipo de prueba se manifiesta por un número de respuestas emitidas por el sujeto muy cercano al número de estímulos presentados, es decir, por un número de fallas (falta de respuesta) muy bajo; otra variable que constituye un indicador atencional es el tiempo de reacción, el cual, en un estado de vigilancia, debe ser corto y mostrar muy poca variabilidad. De forma simultánea a la tarea de vigilancia se registra el EEG, evaluando el tipo de trazo que se produce durante la estimulación luminosa (Fernández-Guardiola, Jurado, Salín y Aguilar-Jiménez, 1983; Fernández-Guardiola, 1984; Sierra y cols., 1993*b*). Las reacciones del EEG ante la estimulación son las siguientes:

a. Bloqueo del ritmo alfa: desaparición del ritmo alfa ante la estimulación.
b. Persistencia del ritmo alfa: presencia de ritmo alfa durante la estimulación.
c. Persistencia del ritmo beta: desincronización durante la estimulación.
d. Inducción del ritmo alfa: alfa paradójico evocado por la estimulación luminosa.

El bloqueo del ritmo alfa occipital constituye una respuesta cortical que forma parte de la reacción básica de orientación, producida por la presentación de estímulos que atraen la atención del sujeto o por un incremento general de la atención. Existe una relación positiva entre la rapidez con la que desaparecen los

13. EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

J. CARLOS SIERRA

I. INTRODUCCIÓN

Aunque el interés por la sexualidad humana no es reciente, en los últimos cuarenta años se han producido importantes cambios que provocaron un acercamiento de los profesionales de la salud mental a este campo. Desde la década de los años sesenta la investigación sobre el funcionamiento sexual se ha incrementado considerablemente. Este hecho, unido a los cambios en la concepción de la sexualidad por parte de la población en general, ha contribuido a un aumento en las demandas de resolución de las disfunciones sexuales.

En la actualidad, existe una tendencia a describir los problemas sexuales desde modelos amplios, que integran los diferentes enfoques tradicionales que estudiaban la sexualidad desde puntos de vista particulares (criterios biológico, médico, psicológico, estadístico y cultural). Así, Carrobles y Sanz (1991) definen los problemas sexuales como conductas anormales con una etiología orgánica o psicológica, socialmente infrecuentes y que producen en el individuo una sensación de infelicidad, coartan su libertad, o constituyen un problema o peligro para sí mismo o para los demás. Estos modelos integradores se corresponden con la definición de salud sexual propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en la que se combinan elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales (Sierra, 1993).

II. LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales constituyen la categoría más importante de los trastornos psicosexuales, y se caracterizan por una alteración en alguna de las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo y resolución). Frecuentemente, la dificultad o imposibilidad de alcanzar alguna de estas fases se acompaña de la ausencia de sensaciones subjetivas placenteras y de la imposibilidad de disfrutar de las actividades sexuales (Sierra, 1992).

Las clasificaciones tipológicas tradicionales dificultan muchas veces la inclusión de una disfunción sexual concreta dentro de una determinada categoría,

---

Universidad de Granada.

ha recibido; posteriormente, desarrolla el curso evolutivo de la sexualidad del paciente. Aspectos importantes a tener en cuenta en este nivel son el primer recuerdo erótico, los juegos eróticos compartidos, la información sexual recibida, la masturbación, la vida coital y los comportamientos sexuales desarrollados (Lara y Sánchez, 1986). En esta área hay que hacer un examen de la condición sexual actual; el individuo debe describir de una forma muy pormenorizada las experiencias sexuales actuales. Esto proporciona una información exhaustiva de la interacción sexual de la pareja. Asimismo, se debe hacer una descripción exacta de las causas inmediatas y contingencias del síntoma sexual (Sierra, 1991*a*).

d. *Área de la pareja.* Kaplan (1982) afirma que un 70% de sus pacientes con disfunciones sexuales presenta además problemas de relación de pareja, y el 75% de los pacientes que acuden por problemas de pareja manifiesta problemas sexuales. Existen diversas situaciones en la pareja que pueden constituir una causa de disfunciones sexuales; entre éstas podemos destacar el temor al rechazo experimentado por un miembro de la pareja que le lleva a satisfacer exclusivamente los deseos sexuales de su compañero, olvidando los suyos. También las disfunciones sexuales pueden conducir a determinadas situaciones conflictivas en la pareja; por ejemplo, la frustración y el resentimiento que puede desarrollar a lo largo del tiempo la compañera de un eyaculador precoz (Álvarez-Gayou, 1986). Es importante recabar información acerca de la primera vez que se conocieron, qué tipo de atracción experimentaron, tipo de relaciones que mantienen con el exterior ambos miembros, cómo es su vida cotidiana, qué ajuste hay en la pareja, etc. (Kaplan, 1985*b*; Lara y Sánchez, 1986). A veces la disfunción sexual juega un papel importante en el sistema conyugal; por ejemplo, los problemas de erección de un individuo pueden proporcionar una garantía de fidelidad a su compañera. Muchos aspectos importantes acerca del tipo de relación que existe dentro de la pareja se pueden descubrir con la simple observación de la forma de actuar y comunicarse que tienen ambos miembros delante del terapeuta. Para una mayor información acerca de los problemas de pareja puede consultarse el capítulo siguiente de Arias y Byrne.

Carrobles y Sanz (1991), partiendo del supuesto de que el objetivo último de la evaluación es el establecimiento de relaciones funcionales entre la aparición del problema, el mantenimiento actual del mismo y las distintas variables ambientales que lo suscitan, proponen un análisis funcional sistemático e integrado de las disfunciones sexuales que describe la secuencia funcional que sigue la aparición y mantenimiento de cualquier problema sexual. El esquema de este análisis funcional se recoge en el cuadro 13.2.

Existe una gran diversidad de factores con capacidad de estimularnos sexualmente: unos debido a las características biológicas del ser humano (por ejemplo, una persona del sexo opuesto), otros por influencia cultural (una persona del sexo opuesto con unas determinadas características físicas) y, otros, por nuestra propia experiencia personal (una determinada persona o actividad sexual) (Álvarez-Gayou, 1986). Algunos de estos factores (por ejemplo, la pareja sexual, cier-

mite hacer un seguimiento claro de cómo evoluciona la terapia sexual. Cada miembro de la pareja anota por separado después de cada actividad sexual las sensaciones que ha experimentado, las dificultades que han surgido, el grado de excitación y el grado de placer experimentados.

III.2.4. Observación

El uso de la observación en la evaluación de las disfunciones sexuales presenta diversos problemas; a los típicos problemas de reactividad, magnificados en la observación de conductas sexuales, hay que unir todas las dificultades de tipo ético que supone observar la actividad sexual de otra persona (LoPiccolo y Hogan, 1979; Sierra, 1991*a*). No obstante, algunos autores proponen diferentes modalidades de observación: observaciones directas de actividades sexuales por parte del terapeuta (Hartman y Fithian, 1972) o por parte de la pareja (Masters y Johnson, 1981*b*); grabación y filmación realizada por el terapeuta o por la propia pareja (Serber, 1974); exámenes sexológicos en los que cada terapeuta estimula los genitales y pecho del paciente del sexo opuesto (Hartman y Fithian, 1972; Zussman y Zussman, 1976). Kaplan (1985*b*) considera que este último procedimiento sólo se debe utilizar cuando resuelve de una forma rápida alguna duda o interrogante acerca de la anatomía o función de los genitales. Otra modalidad de observación es la representación de papeles; por medio de este procedimiento se puede observar la interacción física de la pareja durante la realización de alguna conducta preestablecida en presencia del terapeuta. Esta técnica nos proporciona información sobre posibles déficit en las habilidades sociales de la pareja, nos permite detectar conductas agresivas, y conocer si los sujetos han comprendido las instrucciones prescritas durante la terapia (Carrobles y Sanz, 1991).

III.2.5. Registros psicofisiológicos

El empleo de técnicas psicofisiológicas en la evaluación conductual de las disfunciones sexuales integra dos formas de evaluación utilizadas, en muchas ocasiones, de forma separada en este campo: la evaluación psicológica y la evaluación médica o fisiológica.

En la práctica clínica el uso de técnicas psicofisiológicas es relativamente poco frecuente, sobre todo en las disfunciones sexuales femeninas, debido, especialmente, a que necesitan de un instrumental técnico, a veces, demasiado caro (Wincze y Carey, 1991).

Aunque los componentes fisiológicos que se registran con mayor frecuencia son las respuestas genitales (vasocongestión del pene y de la vagina) y los niveles endocrinos y bioquímicos asociados a la respuesta sexual, existen otras respuestas psicofisiológicas que nos pueden informar sobre la reactividad sexual del sujeto; entre éstas destacan la activación cortical (actividad electroencefalográfica

de la problemática sexual que presenta el paciente, lo que repercute en beneficio de un mejor diagnóstico.

El proceso de evaluación que se ha presentado en este capítulo, además de proporcionarnos un diagnóstico adecuado del problema, permite adquirir un conocimiento sobre su etiología y derivar, consecuentemente, un plan de tratamiento adecuado; de ahí la importancia que tiene la evaluación, la cual debe continuar hasta el final de la terapia, con el fin de determinar si se han alcanzado los objetivos planteados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez-Gayou, J. L. (1986). Etiología por problemas en la pareja. En J. L. Álvarez-Gayou (Comp.) *Sexoterapia integral.* México D. F. Manual Moderno.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statiscal manual of mental disorders (4.ª ed.).* Washington. APA.

Annon, J. S. (1975*a*). *The Sexual fear inventory-female form.* Honolulú. Enabling Systems.

Annon, J. S. (1975*b*). *The Sexual fear inventory-male form.* Honolulú. Enabling Systems.

Annon, J. S. (1975*c*). *The Sexual pleasure inventory-female form.* Honolulú. Enabling Systems.

Annon, J. S. (1975*d*). *The Sexual pleasure inventory-male form.* Honolulú. Enabling Systems.

Bancroft, J. H., Jones, J. G. y Pullan, B. B. (1966). A simple transducer for measuring penile erection with comments on its use in the treatment of sexual disorder. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 230-241.

Barlow, D. H., Becker, R., Leitenberg, H. y Agras, W. S. (1970). A mechanical strain gauge for recording penile circunference change. *Journal of Applied Behavior Analysis, 3*, 73-76.

Cáceres, J. (1990). *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana.* Barcelona. Martínez Roca.

Carrasco, M. J., Llavona, L. y Carrasco, I. (1984). Disfunción sexual y otros trastornos de la pareja. En J. Mayor y F. J. Labrador (Comps.) *Manual de modificación de la conducta.* Madrid. Alhambra.

Carrobles, J. A. (1981). Evaluación de las disfunciones sexuales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual.* Madrid. Pirámide.

Carrobles, J. A. (1985). Disfunciones sexuales. En J. A. Carrobles (Comp.) *Análisis y modificación de la conducta.* Madrid. UNED.

Carrobles, J. A. (1990). *Biología y psicofisiología de la conducta sexual.* Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

miento psicológico individual, durante los años sesenta y setenta, el surgimiento de la terapia sexual como una importante y legítima área de investigación y práctica, y la incapacidad de los psicólogos infantiles para comprender e influir sobre la psicopatología infantil de forma adecuada sin tener en cuenta los factores maritales. La investigación psicológica sobre la evaluación y el tratamiento del funcionamiento y la satisfacción maritales cambió el centro de atención desde las variables sociológicas tradicionales o "macro", como la edad y el estatus socioeconómico, a variables "micro", como las variables intrapersonales o de personalidad.

El aumento del interés de los psicólogos por el funcionamiento y la estabilidad maritales coincidió con un aumento de la popularidad de la perspectiva conductual entre los psicólogos clínicos. Una característica distintiva de la perspectiva conductual sobre el funcionamiento humano es su énfasis en un enfoque empírico para comprender y modificar la conducta humana. De aquí que la mayor parte del trabajo empírico sobre el funcionamiento marital haya sido realizado desde una perspectiva conductual. Las cuestiones de evaluación son básicas en el enfoque conductual de la psicoterapia (Goldfried y Linehan, 1977). Al igual que en otras áreas del funcionamiento humano, la evaluación conductual del funcionamiento marital intenta proporcionar una descripción válida y fiable de la conducta de un individuo y de las situaciones determinantes de esa conducta (O'Leary y Wilson, 1987). Los psicólogos conductuales han utilizado distintas estrategias para el desarrollo de métodos para la evaluación del funcionamiento marital. Sin embargo, antes de examinar los métodos resultantes, es útil revisar el concepto conductual de la satisfacción y la estabilidad maritales que han guiado la investigación sobre la evaluación.

II. EL MODELO CONDUCTUAL DEL MATRIMONIO

El modelo conductual del matrimonio se basa en la teoría del intercambio social (Stuart, 1980). Los teóricos del intercambio social (Thibaut y Kelley, 1959) consideran que las relaciones interpersonales, como el matrimonio, se componen principalmente de procesos de negociación, en donde las partes implicadas intercambian bienes materiales y no materiales. La satisfacción en la relación es alta para un individuo cuando las recompensas igualan o superan a los costos que resultan en el proceso de intercambio, mientras que la insatisfacción y el aumento de la probabilidad de disolución de la relación se produce cuando los costos exceden a las recompensas (Kelley y Thibaut, 1978). De acuerdo con esto, los terapeutas de conducta asumen que la satisfacción y la estabilidad maritales serán altas cuando las recompensas son iguales o superan los costes de las interacciones con el cónyuge; la insatisfacción marital será alta cuando los costes sobrepasan a las recompensas de las interacciones con el cónyuge, y el fracaso

en restaurar o cambiar la razón coste/recompensa con el tiempo aumentará la probabilidad de disolución de la pareja.

Con el fin de mantener o aumentar niveles elevados de satisfacción y estabilidad maritales es importante especificar áreas de interacción o intercambio maritales relacionadas con la satisfacción marital y determinar igualmente las habilidades necesarias para mantener una razón recompensa/coste equitativa. Weiss (1978) ha descrito doce áreas de interacción marital en donde la equidad, o la falta de ella, determina la satisfacción. Las doce áreas de interacción pueden dividirse en tres categorías principales: interacciones afectivas, como el sexo, el compañerismo y la comunicación; interacciones instrumentales, como el cuidado de los hijos, el tomar decisiones económicas y el cuidado de la casa; y productos secundarios del matrimonio, como hábitos personales y apariencia del cónyuge, y la independencia del cónyuge y de uno/a mismo/a. Cuando disminuye la satisfacción marital como resultado de la falta de equidad en alguna de esas tres áreas, puede restaurarse dicha equidad cambiando el patrón de interacción y la razón recompensa/coste resultante. Según Weiss (1978), los cónyuges pueden modificar el patrón de interacción aplicando habilidades en las siguientes cuatro categorías de competencia:

1) objetivación, refiriéndose a la capacidad para identificar adecuadamente las fuentes de las recompensas y los costes y los determinantes de los intercambios satisfactorios;
2) apoyo-comprensión, refiriéndose a la capacidad para establecer la intimidad por medio de la empatía y de las expresiones cálidas;
3) solución de problemas, refiriéndose a la capacidad para generar, estar de acuerdo con, o plantear soluciones al conflicto, y
4) cambio de conducta, refiriéndose a la capacidad para utilizar estrategias de control positivas, en vez de coercitivas.

Los terapeutas de conducta abordan el patrón de intercambio en cada una de las doce áreas de interacción y en las cuatro categorías de competencia, con el fin de permitir que los cónyuges restauren la equidad en sus matrimonios y, a partir de aquí, aumente la satisfacción y la estabilidad. En las páginas que siguen se revisan distintos métodos para evaluar las variables conductuales, afectivas y cognitivas que afectan a las interacciones maritales y a la competencia o habilidades en el cambio de conducta. Con el fin de ser breve, la revisión se limita a métodos de evaluación a través de varias áreas del funcionamiento marital (por ejemplo, la comunicación, el intercambio de conductas o las interacciones sexuales), métodos que se caracterizan por potentes propiedades psicométricas y, por consiguiente, son los más ampliamente empleados hoy en día.

potenciales en el matrimonio. Estas áreas incluyen la interacción sexual, el afecto, las responsabilidades económicas, las responsabilidades domésticas, el cuidado de los hijos, el tiempo de ocio y la comunicación. Los sujetos responden a estos ítems indicando la dirección y el grado de cambio que desearían que ocurriese en cada conducta de su pareja y la dirección y el grado de cambio que creen que su pareja desea de ellos en la conducta correspondiente. De este modo, el ACQ proporciona información relativa al deseo de cambio de los cónyuges en la conducta de su pareja, así como información relativa a las percepciones por parte de los cónyuges sobre los deseos de su pareja para que cambie su propia conducta.

Los estudios sobre fiabilidad han mostrado un coeficiente de fiabilidad de 0,83 (Margolin, 1978), un coeficiente de consistencia interna de 0,89 (Weiss y Margolin, 1977) y un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,96 (Stein, Girodo y Dotzenroth, 1982). Por otro lado, se ha revelado que el ACQ discrimina entre maridos y esposas con problemas y sin ellos, de modo que con respecto a las parejas sin problemas, las que los tienen piden más cambios en la conducta de su cónyuge (Birchler, 1979; Margolin, Talovic y Weinstein, 1983). Se ha informado de diferencias sexuales en la amplitud del cambio y en los ítems escogidos con más frecuencia (Margolin y cols., 1983). Las mujeres expresan un deseo de mayor cambio que los hombres y escogen con más frecuencia ítems relacionados con la conversación, mientras que los ítems escogidos con más frecuencia por los hombres eran los relacionados con el sexo. El ACQ ha sido también útil a los clínicos y a los investigadores para identificar los objetivos de cambio en la terapia de pareja y para evaluar el progreso de la terapia.

IV.1.3. «*Sexual interaction inventory,* SII [Inventario de interacción sexual]»

El SII (LoPiccolo y Steger, 1974) es una medida compuesta de 11 subescalas que utiliza seis preguntas para evaluar la conducta y las actitudes de los hombres y de las mujeres sobre 17 comportamientos heterosexuales. De manera específica, para cada conducta sexual, se instruye a los esposos para que indiquen los siguientes aspectos utilizando una escala Likert de 6 puntos: a) frecuencia real y deseada de la interacción sexual; b) aceptación de uno mismo; c) placer general experimentado en las interacciones sexuales; d) conocimiento de las preferencias o deseos del cónyuge; e) aceptación del cónyuge; y f) satisfacción global con la relación sexual. Sobre la base de las respuestas obtenidas de 124 parejas que informaban satisfacción con sus relaciones sexuales (LoPiccolo y Steger, 1974), la puntuación media para cada subescala es de 50 con una desviación típica de 10; una puntuación de 70 ó más en cualquier subescala es indicativa de una patología en esa dimensión de la relación sexual de la pareja (LoPiccolo y Daiss, 1987).

El SII tiene una buena fiabilidad y validez. Los coeficientes alfa de Cronbach para las 11 subescalas van de 0,85 a 0,93 y la fiabilidad test-retest en un período

de dos semanas ha sido de 0,53 a 0,90. El SII ha diferenciado con éxito parejas sexualmente satisfechas de parejas que buscan terapia para problemas sexuales (LoPiccolo y Steger, 1974), siendo también sensible a los cambios debidos al tratamiento y, por consiguiente, constituye un instrumento válido para los estudios en esta área (De Amicis y cols., 1985; Morokoff y LoPiccolo, 1986).

IV.1.4. «*Conflict tactics scales*, CTS [Escalas de tácticas para resolver conflictos]»

Teniendo en cuenta la elevada incidencia de la violencia física en las relaciones, la evaluación de la violencia es un componente necesario en cualquier batería de evaluación marital. La CTS (Straus, 1979) consta de 18 ítems que describen las conductas que puede realizar un cónyuge cuando intenta resolver un conflicto dentro de la relación. Esas conductas van desde «habla de una cuestión tranquilamente» hasta «utiliza un cuchillo o una pistola», dándose muchas conductas a lo largo de estos dos polos que varían en agresividad, tales como «da un portazo al irse de la habitación o de la casa» y «arroja, golpea o da un puntapié a algo». La CTS se compone de tres escalas de tácticas de solución de conflictos: Razonamiento, Agresión verbal y Violencia física. Se pide a los cónyuges que completen las escalas refiriéndose a sus propias acciones y a las de su pareja. Se ha mostrado que la CTS posee una consistencia interna (Straus, 1979) y una fiabilidad test-retest (Arias y Pape, 1993) adecuadas. Al examinar el acuerdo entre cónyuges, los investigadores han encontrado un acuerdo moderado, con un aparente sesgo referido a que los hombres informan menos de agresión hacia su pareja femenina (Jouriles y O'Leary, 1985). El análisis factorial ha confirmado una estructura de tres factores en el CTS (Barling y cols., 1987) y se ha demostrado que la deseabilidad social presenta poca amenaza a la validez de la CTS (Arias y Beach, 1987).

IV.1.5. «*Spouse observation checklist*, SOC [Lista de observación del cónyuge]»

La SOC (Weiss y cols., 1973; Patterson, 1976) se desarrolló para ser utilizada por las parejas en el registro diario de las conductas maritales. La lista consta de 400 conductas positivas y negativas que representan las tres categorías de áreas de la interacción marital definidas por Weiss (1978): interacciones afectivas, interacciones instrumentales y subproductos del matrimonio. A cada miembro de la pareja se le proporciona un paquete de evaluación compuesto de 7 listas, cada una con los 400 ítems, una lista por cada día de la semana, y las páginas correspondientes en las que deben registrar la ocurrencia diaria de las conductas. Cada cónyuge tiene que completar la SOC, de forma independiente, cada noche antes de acostarse, haciendo una marca al lado de los ítems que tuvieron lugar durante el período anterior de 24 horas. Para cada uno de los ítems señalados, los espo-

V.1.2. *«Relationship attribution measure,* RAM [Medida de atribución en la relación]»

La RAM (Fincham y Bradbury, 1992) se desarrolló con el fin de proporcionar una medida breve de las clases de atribuciones que se hipotetizan están relacionadas con el funcionamiento y la satisfacción marital. El instrumento consta de cuatro conductas hipotéticamente negativas del cónyuge, tales como «tu pareja criticó algo que dijiste» y «tu pareja es fría y distante». A los sujetos que tienen que responder se les instruye para que se imaginen a sus cónyuges realizando esas conductas negativas y que evalúen su acuerdo con cada una de las siete afirmaciones en una escala Likert de 5 puntos (desde «No está nada de acuerdo» hasta «Está muy de acuerdo»). El primer grupo de cuatro ítems evalúa las atribuciones de causalidad: el lugar (un ítem evalúa el lugar de la causa atribuida a uno mismo y otro ítem evalúa la causa puesta en el cónyuge), la estabilidad y la globalidad. El segundo grupo de tres ítems evalúa las atribuciones de responsabilidad: intencionalidad, motivación y responsabilidad personal. Las puntuaciones elevadas en causalidad reflejan atribuciones sobre la conducta negativa del cónyuge más estables, globales y dirigidas hacia el cónyuge (en comparación con uno mismo); las puntuaciones elevadas en responsabilidad reflejan más atribuciones al cónyuge de malos propósitos, motivación egoísta y responsabilidad.

La RAM es una medida fiable que posee una elevada consistencia interna y una fiabilidad test-retest adecuada (Fincham y Bradbury, 1992, 1993). Se ha demostrado también su validez en estudios longitudinales (Fincham y Bradbury, 1993) y concurrentes (Fincham y Bradbury, 1992), incluyendo una elevada correlación (desde r= 0,90 hasta r= 0,95) con el MAT. Además de su relación con la satisfacción marital global, se ha encontrado que la RAM está relacionada significativamente con una variedad de conductas maritales, incluyendo la calidad de la comunicación (Bradbury y Fincham, 1992), el afecto (Fincham y Bradbury, 1992) y la violencia conyugal (Byrne, Arias y Lyons, 1993; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993).

VI. LA EVALUACIÓN DE LOS FACTORES AFECTIVOS

VI.1. *Inventarios de autoinforme*

VI.1.1. *«Positive feelings questionnaire,* PFQ [Cuestionario de sentimientos positivos]»

Los investigadores y los clínicos han destacado frecuentemente la relación entre la emoción positiva y la satisfacción conyugal. El PFQ (O'Leary y cols., 1983) se desarrolló para evaluar la emoción positiva dirigida hacia el cónyuge. La medida

consta de 17 ítems que reflejan sentimientos entre personas casadas. Estos ítems incluyen preguntas cómo «¿Qué sientes sobre la honestidad de tu cónyuge?» y frases con final abierto, como «el buscar comodidad en mi cónyuge me hace sentir...». Una escala Likert permite que los sujetos indiquen cómo se sienten generalmente con respecto a sus cónyuges en cada uno de los ítems, yendo las posibles respuestas desde «muy negativo» hasta «muy positivo». El *PFQ* presenta un alta consistencia interna, tal como lo evidencia un coeficiente alfa de 0,94, y se encuentra altamente correlacionado con la satisfacción conyugal evaluada por el *MAT* (r= 0,70). Asimismo, ha demostrado ser sensible a los cambios debidos al tratamiento (O'Leary y Arias, 1983).

VI.1.2. «*Talk table* [La mesa para charlar]»

La técnica de la "mesa para charlar" fue desarrollada originalmente por Gottman y cols. (1976) con el fin de evaluar la eficacia de la comunicación marital. Sin embargo, debido a que el procedimiento tiene en cuenta exclusivamente las reacciones afectivas subjetivas de los cónyuges ante la comunicación de su pareja, Bradbury y Fincham (1987) han clasificado apropiadamente a la técnica como un procedimiento que evalúa afecto. En el procedimiento de la "mesa para charlar" los cónyuges se sientan uno frente al otro, permitiéndoseles que hablen uno cada vez, tomando el turno del que escucha y del que habla durante la discusión de un conflicto. En el "papel del que escucha", se instruye a cada cónyuge para que evalúe el impacto emocional percibido a partir del mensaje del otro miembro de la pareja utilizando una escala Likert de 5 puntos que va desde «extremadamente negativo» hasta «extremadamente positivo». En el "papel del que habla", se instruye a cada cónyuge para que evalúe la intención emocional de cada mensaje que envía, utilizando la misma escala. Las evaluaciones de la intención y el impacto se hacen de manera privada, asegurándose que los cónyuges no puedan ver las evaluaciones del otro. El procedimiento de la "mesa para charlar" permite al terapeuta y al investigador evaluar los aspectos positivos globales en las intenciones de cada cónyuge, y la precisión de cada cónyuge para descodificar o percibir aspectos positivos al comparar las evaluaciones de la intención y el impacto. Las evaluaciones de la intención y el impacto de los cónyuges pueden compararse también con las valoracioness proporcionadas por observadores objetivos con el fin de validar las evaluaciones de los cónyuges.

Cuando se ha empleado la técnica de la "mesa para charlar" no se ha encontrado que cónyuges con problemas y sin problemas en la relación se diferencien en lo positivo de la intención en su comunicación (Gottman y cols., 1976). Sin embargo, se ha encontrado que cónyuges con problemas evalúan el impacto de los mensajes de su pareja más negativamente, de forma significativa, que los cónyuges sin problemas en la relación (Gottman y cols., 1976; Schachter y O'Leary, 1985). De igual manera, cónyuges con problemas y sin problemas no se diferencian en la reciprocidad de la comunicación positiva (es decir, la proba-

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
Holtzworth-Munroe, A. y Hutchinson, G. (1993). Attributing negative intent to wife behavior: the attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 206-211.
Hops, J., Wills, T. A., Patterson, G. R. y Weiss, R. L. (1972). *Marital interaction coding system*. Eugene. University of Oregon and Oregon Research Institute.
Institute for Social Research (1974). Measuring the quality of life in America. *ISR Newsletter, 2*, 1-4.
Jacobson, N. S. y Anderson, E. A. (1980). The effects of behavior rehearsal and feedback on the acquisition of problem-solving skills in distressed and nondistressed couples. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 25-36.
Jacobson, N. S., Follette, W. C. y McDonald, D. W. (1982). Reactivity to positive and negative behavior in distressed and nondistressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 706-714.
Jacobson, N. S. y Moore, D. (1981). Spouses as observers of the events in their relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 269-277.
Jouriles, E. N. y O'Leary, K. D. (1985). Interspousal reliability of reports of marital violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 419-421.
Kelley, H. H. y Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations*. Nueva York. Wiley.
Levenson, R. W. y Gottman, J. M. (1983). Marital interaction: physiological and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 487-497.
Levenson, R. W. y Gottman, J. M. (1985). Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 85-94.
Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.
LoPiccolo, J. y Daiss, S. (1987). Assessment of sexual dysfunction. En K. D. O'Leary (Comp.) *Assessment of marital discord: an integration for research and clinical practice*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum.
LoPiccolo, J. y Steger, J. C. (1974). The Sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 3*, 585-595.
Margolin, G. (1978). Relationships among marital assessment procedures: a correlational study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1556-1558.
Margolin, G. (1981). Behavioral exchange in happy and unhappy marriages: a family cycle perspective. *Behavior Therapy, 12*, 329-343.
Margolin, G., Talovic, S. y Weinstein, C. D. (1983). Areas of change questionnaire: a practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 920-931.
Margolin, G. y Wampold, B. E. (1981). Sequential analysis of conflict and accord in distressed and nondistressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 554-567.
Markman, H. J. (1979). Application of a behavioral model of marriage in predicting relationship satisfaction of couples planning marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 743-749.
Markman, H. J. (1981). Prediction of marital distress: a 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 760-762.
Markman, H. J., Duncan, S. W., Storaasli, R. D. y Howes, P. W. (1987). The prediction

II.2. *Dimensiones*

Una característica básica de la conducta socialmente habilidosa es su especificidad situacional. Diferentes situaciones requieren comportamientos distintos. No se debería hablar de una persona "habilidosa" o "no habilidosa" socialmente, ya que ello implicaría el concepto de rasgo de personalidad (sin embargo, hay que decir que en el campo de las HH SS emplear estos términos es la norma a pesar de no compartir lo que lleva consigo dicho concepto). Un individuo se comporta de forma adecuada o inadecuada en situaciones determinadas. Es más, el uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. Mientras que los modelos de personalidad presumen una capacidad más o menos inherente para actuar de forma eficaz, el modelo conductual enfatiza que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social, una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

Por otra parte, las dimensiones que se han propuesto como componentes del constructo de las HH SS han sido relativamente abundantes. Sin embargo, hay una serie de ellas que han sido generalmente aceptadas y que incluso se han encontrado en investigaciones con poblaciones españolas (Caballo y Buela-Casal, 1988*b*; Caballo y Ortega, 1989; Caballo, 1993*c*). Esas dimensiones son las siguientes:

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas

Estas dimensiones de conducta se realizan, necesariamente, con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales. Las clases de per-

CUADRO 15.1.

PROBLEMAS A UN NIVEL GLOBAL
Incapacidad para conseguir los objetivos interpersonales propuestos Insatisfacción subjetiva en las interacciones con los demás Falta de relaciones íntimas con el sexo opuesto (pareja) Conflictos frecuentes en las relaciones interpersonales Pocas relaciones interpersonales Carencia de amigos/as íntimos



PROBLEMAS A UN NIVEL INTERMEDIO
Falta de habilidades sociales o habilidades sociales inadecuadas Ansiedad social excesiva (incluyendo la fobia social) Percepción social inadecuada o deformada Falta de oportunidades para relacionarse Apariencia física desagradable o extraña Trastornos mentales graves Cogniciones inapropiadas



PROBLEMAS A UN NIVEL MÁS ESPECÍFICO
Falta de discriminación de los estímulos relevantes a la situación Falta de conocimientos sobre las relaciones sociales Déficit en los componentes moleculares no verbales Déficit en los componentes paralingüísticos Déficit en los componentes verbales Excesiva conciencia de uno mismo Autoverbalizaciones negativas

A continuación se describe una serie de técnicas utilizadas con más o menos frecuencia en la evaluación de las HH SS. Las técnicas de evaluación de pensamientos e imágenes, aunque se podrían considerar todas como técnicas de autoinforme, en el sentido de que siempre conocemos las cogniciones del sujeto a través de su propio relato, se han distribuido según los materiales necesarios para su realización (cuestionarios, vídeos, hojas de autorregistro, etc.). Creemos, así, disponer de una clasificación más práctica de esos procedimientos.

Curran y Wessberg (1981) recomiendan la utilización de más de un método de evaluación, porque si hay discrepancias entre ellos pueden servir para indicar que se necesita más investigación. Por ejemplo, si el paciente informa de una actuación pobre, pero la entrevista con la familia y la evaluación de un colaborador indican una actuación adecuada, podríamos ver entonces el problema del paciente como una evaluación cognitiva errónea en vez de un déficit en la actuación. En una revisión de las prácticas de evaluación de 353 terapeutas de conducta realizada por Swan y MacDonald (1978), los diez procedimientos más frecuentemente empleados y el porcentaje de pacientes con los que eran utilizados se distribuía como sigue.

	Procedimientos de evaluación	%
1.	Entrevista con el paciente	89
2.	Autorregistro del paciente	51
3.	Entrevista con otras personas significativas del entorno del paciente	49
4.	Observación directa de las conductas objetivo *in situ*	40
5.	Información de otros profesionales consultados	40
6.	Representación de papeles	34
7.	Medidas de autoinforme conductuales	27
8.	Cuestionarios demográficos	20
9.	Tests de personalidad	20
10.	Tests proyectivos	10

Aunque en la evaluación de las HH SS esta ordenación sería modificada, en ella se refleja de alguna manera la generalización de las diversas técnicas de evaluación dentro de la terapia de conducta.

III.2. *Medidas de autoinforme*

Las escalas de autoinforme constituyen, probablemente, la estrategia de evaluación más ampliamente empleada en la investigación de las HH SS. De hecho, prácticamente todo estudio incluye varias escalas que se solapan y que evalúan la habilidad social general, así como otras escalas que miden presumiblemente atributos relacionados con ella (por ejemplo, ansiedad social).

La utilización de cuestionarios, inventarios o escalas [1] puede ser de gran

[1] Utilizaremos indistintamente, en este apartado, estos tres términos de acuerdo con el empleo que se ha hecho de ellos en la literatura sobre las HH SS. Aunque en el amplio campo de los "tets psicológicos" a veces se distingue entre ellos, aquí no tenemos razón para hacerlo, ya que la diferencia entre cuestionarios, inventarios o escalas de habilidad social es nula. Véase, por ejemplo, el *Inventario de aserción* de Gambrill y Richey (1975), la *Escala de autoexpresión universitaria* de Galassi, DeLo, Galassi y Bastien (1974) o el *Cuestionario Matson para la evaluación de las habilidades sociales* de Matson, Rotatori y Helsel (1983).

7. Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto
8. Aceptación de cumplidos
9. Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto
10. Hacer cumplidos
11. Preocupación por los sentimientos de los demás
12. Expresión de cariño hacia los padres

Cada uno de estos factores podría considerarse como una clase de respuesta o dimensión de las HH SS. También se ha obtenido la media y la desviación típica de cada uno de dichos factores (Caballo, 1993*c*). Igualmente, se han hallado los percentiles de las puntuaciones en cada una de dichas dimensiones (Caballo, 1993*c*), lo que permite trabajar de una manera más específica con distintas clases de conducta de las HH SS.

III.2.2. Medidas de autoinforme de la ansiedad social

Se ha considerado, con cierta frecuencia, que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidad social. Por ello, a menudo se han utilizado instrumentos que evaluaban ansiedad social en vez de inventarios de HH SS. Seguidamente se exponen algunos de ellos.

a. «*Social avoidance and distress scale, SAD* [Escala de ansiedad y evitación sociales]» *de Watson y Friend (1969)*

Esta escala no sólo evalúa ansiedad, sino también evitación de situaciones sociales, por lo que la puntuación total no refleja exclusivamente ansiedad social. Consta de 28 ítems que se contestan «verdadero» o «falso». A mayor puntuación mayor es la cantidad de situaciones sociales en las que el sujeto experimenta ansiedad. No obstante, se ha encontrado que las situaciones que se plantean en esta escala son muy poco específicas y que el formato permite muy pocas opciones de respuesta. Dicho formato parece muy poco útil y con cierta frecuencia ha sido modificado en la literatura conductual para incluir un rango de posibles contestaciones más amplio (por ejemplo, de 1 a 5).

Generalmente se ha encontrado una alta correlación entre las puntuaciones en la *SAD* y otras escalas de la habilidad social como la *CSES* y el Rathus. Arkowitz (1977) señala que la *SAD* parece ser una medida de autoinforme muy buena de la ansiedad social para una población universitaria. Se puede encontrar una versión en castellano en el libro de Girodo (1980) y en Caballo (1987).

b. «*Interaction and audience anxiousness scales, IAAS* [Escalas de ansiedad de interacción y de ansiedad a hablar en público]» *de Leary (1983*b*)*

Son dos escalas de 15 y 12 ítems respectivamente, cada una de las cuales puede puntuar de 1 a 5, dependiendo del grado en que esa conducta es característica

del sujeto. La *Escala de ansiedad de interacción* evalúa básicamente ansiedad interpersonal, mientras que la *Escala de ansiedad a hablar en público* evalúa la ansiedad para hablar frente a un auditorio. La fiabilidad test-retest ha sido de 0,89 para la primera y de 0,84 para la segunda; la consistencia interna hallada era de 0,89 y 0,91, respectivamente. Además, se ha encontrado una cierta correlación entre ambas escalas (0,44), lo que supone que las dos no son independientes, debido, probablemente, a que una serie de variables como el temor a la evaluación negativa, la autoestima, etc., están asociadas con la ansiedad social en todas las clases de encuentros sociales (Leary, 1983*b*).

III.2.3. Medidas de autoinforme cognitivas

a. «*Fear of negative evaluation, FNE* [Temor a la evaluación negativa]» *de Watson y Friend (1969)*

Esta escala de 30 ítems evalúa el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de sufrir evaluaciones negativas por parte de los demás. Tiene el mismo formato que la escala *SAD* vista anteriormente. Una puntuación alta indica un elevado temor a ser evaluado negativamente por otras personas. La investigación ha mostrado que las puntuaciones de la *FNE* están muy relacionadas con la motivación a buscar la aprobación y evitar la desaprobación de los demás (Leary, 1983*c*). La fiabilidad test-retest encontrada ha sido de 0,78 y la consistencia interna de 0,94.

Leary (1983*a*) ha seleccionado 12 ítems de los 30 que corresponden a la *FNE* y ha formado una escala reducida. El formato original de "verdadero" o "falso" se ha sustituido por una escala de 5 puntos (1 = nada característico en mí, hasta 5 = muy característico en mí). Esta breve *FNE* tiene una correlación de 0,96 con el original, siendo la fiabilidad test-retest de 0,75 y la consistencia interna de 0,90.

Una versión en castellano de la *FNE* puede encontrarse en Caballo (1987) y en Girodo (1980).

b. «Escala multidimensional de expresión social-Parte cognitiva (*EMES-C*)» *de Caballo (1987)*

Esta escala consta de 44 ítems que intentan evaluar la frecuencia (desde 4 = Siempre o muy a menudo, hasta 0 = Nunca o muy raramente) de pensamientos negativos relativos a diversas dimensiones de las HH SS. En un estudio realizado con situaciones de interacción extensa se encontró que no había diferencias significativas en cogniciones positivas durante la interacción entre sujetos de alta y baja habilidad social, pero sí las había en cogniciones negativas, teniendo los sujetos de baja habilidad social una mayor cantidad de pensamientos negativos que los sujetos de alta habilidad social (Caballo y Buela-Casal, 1989). Una pri-

mera versión de la EMES-C incluía pensamientos positivos y negativos, pero mientras que las diferencias en pensamientos negativos era clara entre sujetos de alta y baja habilidad, no sucedía lo mismo con los pensamientos positivos (Caballo y Buela-Casal, 1989; Caballo, 1993*a*). Por todo ello, se reformuló la EMES-C para incluir sólo pensamientos negativos.

Los datos psicométricos de la EMES-C arrojan una media de 102,10 y una desviación típica de 22,11 (Caballo y Ortega, 1989). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido ha sido de 0,83 y la consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach) de 0,92. Al hallar la estructura analíticofactorial de la escala se obtuvieron 12 factores (Caballo y Ortega, 1989):

1. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores.
2. Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones.
3. Temor a hacer y recibir peticiones.
4. Temor a hacer y recibir cumplidos.
5. Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto.
6. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas.
7. Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas.
8. Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos.
9. Preocupación por la impresión causada en los demás.
10. Temor a expresar sentimientos positivos.
11. Temor a la defensa de los derechos.
12. Asunción de posibles carencias propias.

La validez concurrente de la EMES-C hallada empleando la FNE, la SAD y el ATQ *(Cuestionario de pensamientos automáticos)* de Hollon y Kendall (1980) como criterios se refleja en las siguientes correlaciones: FNE (0,58); SAD (0,57); ATQ-F (0,49); y ATQ-I (0,48).

c. *«Assertiveness self-statement test,* ASST [Test de autoverbalizaciones asertivas]*» de Schwartz y Gottman (1976)*

El ASST se diseñó para ser administrado inmediatamente después de que los sujetos representasen situaciones simuladas breves que requerían conducta de rechazo. Emplea una escala de 5 puntos (1= Muy raramente; 5= Muy a menudo) relativa a la frecuencia con la que el sujeto experimentó 16 autoverbalizaciones positivas que facilitarían la conducta de rechazo y 16 autoverbalizaciones negativas que la inhibirían. Se ha obtenido una consistencia interna de 0,74 (Bruch, 1981). Es una de las medidas cognitivas de autoinforme que más se ha utilizado

berg, 1985, 1988). En Caballo (1993*a*) se expone un modelo de entrevista para la evaluación de las HH SS.

III.4. *La evaluación por los demás*

Un método de evaluación útil, pero poco empleado, consiste en las evaluaciones del sujeto por sus amigos y conocidos. En cierta manera, a veces se pueden considerar estas evaluaciones como una forma de observación directa en el ambiente real, empleando como evaluadores a individuos que forman parte del contexto social del sujeto. Sin embargo, estas evaluaciones están limitadas por el hecho de que los iguales observan sólo una parte pequeña y limitada de la conducta social del sujeto, y están abiertas a la posibilidad de sesgo, si tratan de presentar una buena imagen de él (Arkowitz, 1977). Se ha evaluado, por ejemplo, la habilidad social de estudiantes universitarios por compañeros de habitación y por miembros de su curso, se ha empleado la observación del cónyuge para medir la interacción de la pareja, etcétera.

Una forma más indirecta de este método suele presentarse en las entrevistas conjuntas del paciente y otra(s) persona(s) significativa(s) de su ambiente, con el terapeuta. A veces la descripción que hace el paciente de su conducta levanta sospechas respecto a su precisión y, si es posible, se puede solicitar la asistencia de alguna otra persona que esté presente cuando tiene lugar la conducta. Si hay desacuerdo entre las descripciones de ambos, se discute conjuntamente hasta que se llegue a un acuerdo sobre la conducta que ha ocurrido en esa situación determinada. Estas entrevistas proporcionan también al clínico una evidencia más objetiva de cómo reciben e interpretan los demás las respuestas sociales del paciente.

Finalmente, conviene tener en cuenta que el propósito del entrenamiento (y la evaluación) de las HH SS trata, en último término, de tener cierto impacto sobre el contexto del paciente. Por consiguiente, la reacción del ambiente hacia el paciente es un factor crítico en la planificación y evaluación del tratamiento (Kazdin, 1977). Las reacciones y percepciones de los demás son importantes, incluso si no reflejan un cuadro muy preciso de la conducta real.

III.5. *El autorregistro*

Cuando el observador y el observado son la misma persona, el procedimiento se denomina generalmente autoobservación o autorregistro (Cone, 1978). El observador escribe en un diario, marca una tarjeta, graba en una casete, etc., al mismo tiempo que ocurre la conducta.

El autorregistro es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se puede pedir a los pacientes que registren los antecedentes y/o los consecuentes (manifiestos y/o encu-

al colaborador con quien iba a actuar el sujeto experimental como "amigable", como "estirado" o en términos neutros, con el fin de generar expectativas positivas, negativas o neutras, respectivamente. Las expectativas negativas aparentemente inhibían el nivel de conducta socialmente habilidosa con respecto a las expectativas neutras o positivas.

Si consideramos la conducta de los colaboradores, las variaciones han sido: *a.* que su conducta puede haber sido entrenada para que actúen de una determinada manera, y *b.* que se les diga que se comporten como si estuviesen en una situación de la vida real. Con respecto a los jueces que evalúan la conducta de los pacientes, las posibles variaciones se concretan en las siguientes: *a.* han sido entrenados para que alcancen una posición coincidente sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa, *b.* se ha dejado que evalúen la conducta de interés basándose en el conocimiento implícito que poseen sobre lo que constituye un comportamiento socialmente habilidoso.

En las situaciones simuladas, las respuestas de los sujetos son generalmente grabadas en vídeo, lo que permitirá posteriormente evaluar conductas específicas verbales y no verbales, así como conductas más globales, tales como la ansiedad y habilidad manifestadas en esas situaciones (Caballo y Buela-Casal, 1988*a;* Caballo, 1993*b).* Aunque algunos investigadores han señalado que puede ser difícil asegurarse una muestra representativa de la conducta habitual del sujeto debido a la presencia de cámaras y demás equipo técnico, la experiencia clínica y la investigación parecen sugerir que el "miedo al escenario" es una respuesta relativamente poco frecuente y que la mayoría de los individuos se habitúa bastante rápidamente a la presencia del instrumental técnico (Griffiths, 1974). Además, la grabación por medio del vídeo tiene las ventajas de poder observar repetidamente la conducta del sujeto, de poderla descomponer en los elementos moleculares que sean necesarios, de utilizar la retroalimentación de la conducta como un elemento más de tratamiento y de poder tener una mayor fiabilidad de los cambios pre- postratamiento.

III.6.1. Sobre las unidades de medida

Una cuestión importante en la evaluación de las HH SS es el tamaño de la unidad conductual que se ha de evaluar. La unidad de medida para evaluar las HH SS ha variado desde amplias unidades molares, como las evaluaciones globales de las HH SS, hasta unidades más moleculares, como la duración del contacto ocular. Los registros molares son útiles por una serie de razones (Curran y Wessberg, 1981). Las evaluaciones molares son más fáciles de obtener en situaciones criterio reales que los registros moleculares. Segundo, la evaluación global puede ser más apropiada para una visión precisa del funcionamiento general de una persona a causa de la facilidad para muestrear muchas situaciones con puntuaciones globales, en cuanto opuesto a medidas moleculares, y es más fácil que correlacionen con medidas de autoinforme. Tercero, las evaluaciones globales son más

parecidas a los juicios reales hechos por personas del ambiente del evaluado que los registros a nivel molecular. Las desventajas de los registros molares incluyen su subjetividad y el nivel tan general de información que suministran. Esto no constituiría una base sólida para diseñar programas de tratamiento, ya que aunque pueden indicar que un individuo es socialmente no habilidoso, no ofrecen información sobre las causas de por qué es percibido de esa forma.

La evaluación con unidades moleculares implica evaluaciones más precisas y mejor definidas de las conductas objetivo. Nos señalan directamente qué elementos específicos de la conducta del sujeto son inadecuados, proporcionándonos ciertas directrices para la planificación del tratamiento. Requieren también menos inferencias por parte de los observadores. No obstante, los registros moleculares han sido criticados por no explicar la naturaleza compleja de las interacciones sociales y el contexto situacional donde tienen lugar. Puede que no se relacionen con ninguna medida de la habilidad social y que su validez social sea cuestionable. Implícito en este enfoque se encuentra la suposición de que es mejor tener más de una "buena" conducta (por ejemplo, contacto ocular), y menos de una "mala" conducta (por ejemplo, perturbaciones del habla). Pero puede haber demasiado de la "buena" y demasiado poco de la "mala". Por ejemplo, alguien que mira fijamente largo tiempo durante una interacción social y que tiene una fluidez perfecta sin perturbaciones del habla, podría ser considerado menos habilidoso que otra persona con menos contacto ocular y una cantidad media de perturbaciones del habla.

En un intento de recoger lo mejor de ambos enfoques, molar y molecular, y de eliminar alguna de sus desventajas, algunos autores han propuesto la utilización de medidas de "nivel intermedio", es decir, formatos a mitad de camino entre las evaluaciones molares y las moleculares. Aunque aparentemente se muestra como una nueva estrategia (Boice y Monti, 1982; Monti y cols., 1984; Farrell, Rabinowitz, Wallander y Curran, 1985; Wallander, Conger y Conger, 1985; Wallander, 1988), un tipo muy similar de evaluación ya se estaba empleando desde hace tiempo por otros investigadores (Trower, Bryant y Argyle, 1978; Trower, 1980). Por ejemplo, Boice y Monti (1982) definen una medida de nivel intermedio de la siguiente manera; *Gestos:* «Utilización de movimientos que acompañan al habla de una manera expresiva, pero no excesiva» (p. 86), cuando Trower y cols. (1978) evaluaban esta misma conducta no verbal de la siguiente manera: *Gestos:* 0 = «Cantidad y variedad de gestos normal», hasta 4 = «No gesticula nunca. Muy poco recompensante» (pp. 150-151). Caballo (1993*a*) utiliza un formato similar de evaluación conductual: *Gestos:* 1 = «No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa», hasta 5 = «Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva» (p. 386). En Caballo (1993*a*) puede encontrarse toda una serie de conductas verbales y no verbales que han sido consideradas en la evaluación de las HH SS. Seguidamente, se describen varias estrategias de observación conductual que se han empleado tradicionalmente en la evaluación de las HH SS: la observación en la vida real, las

presenten al sujeto muchas situaciones estimulares diferentes. De la misma manera, es sencillo construir una serie de escenas que encajen con cada estudio o sujeto individual. Desafortunadamente, la simplicidad para construir nuevos ítems y la validez aparente del procedimiento se han mostrado también como desventajas. Se ha cuestionado la validez de los métodos de representación de papeles como equivalentes a la evaluación de la conducta del sujeto en situaciones en vivo. Según Bellack, Hersen y Lamparski (1979), «es ciertamente probable que algunos procedimientos de *role-play* no sean válidos. Si algunos lo son es algo que queda por demostrar» (p . 341).

Igualmente, hay una serie de variaciones en el breve formato de estas pruebas que puede afectar a la actuación del sujeto en la representación de papeles. Estas variaciones pueden reflejarse en:

a. El contenido de los ítems.
b. La cantidad de información proporcionada sobre la tarea de evaluación.
c. Las conductas objetivo.
d. La población de la que se extraen los sujetos.
e. El nivel de habilidad exigido.
f. La capacidad de representación de papeles.
g. La implicación con la fantasía.
h. La deseabilidad social.
i. El número de respuestas que se requieren por parte del sujeto (una o varias).
j. El modo de presentación (en vivo o en cinta).
k. Las consecuencias potenciales de las varias alternativas de respuesta.
l. La conducta del colaborador.

Se ha alegado que una forma de aumentar la validez de las escenas de representación de papeles consiste en construir esas escenas tan relevantes como sea posible para los sujetos, es decir, "cortadas a su medida" (Bellack, 1983; Chiauzzi, Heimberg, Becker y Gansler, 1985; Becker y Heimberg, 1988; Kelly y Lamparski, 1985; Kern, 1991). Al hacer las situaciones más relevantes a nivel personal es más fácil que los sujetos se imaginen representando el papel en una situación determinada. Becker y Heimberg (1985) y Chiauzzi y cols. (1985) informan que las escenas "personalizadas" de representación de papeles producen mayor implicación por parte de los sujetos y defienden «un enfoque personalizado en la evaluación por medio de escenas de *role-play,* en donde todas las escenas tengan un formato similar, pero sean seleccionadas de modo que representen situaciones importantes del individuo» (Becker y Heimberg, 1985, p. 211). Esto y el hecho de permitir que los individuos hagan una exploración previa y se preparen en la imaginación para cada interacción, puede ayudar en gran manera a que el sujeto se "meta en el papel" de forma apropiada y produzca respuestas de *role-play* ecológicamente válidas. Kern (1991) presenta descripciones generales de situaciones que el sujeto tiene que aplicar a situaciones concretas de su vida real. De esta forma, mientras que el terapeuta hace descripciones genera-

les de áreas específicas (por ejemplo, rechazo de peticiones, defensa de los derechos, iniciación de interacciones, etc.), el sujeto cuya conducta está siendo evaluada representa una situación de su vida real que se refiere al área específica que se esté evaluando en ese momento. Así, la descripción general por parte del terapeuta de una situación perteneciente al área de la "defensa de los derechos", que el paciente tendría que concretar en una situación real de su vida, sería la siguiente (Kern, 1991, p. 19): «Quieres que alguien haga algo que previamente te ha prometido o que se supone que tiene que hacer, pero que no lo ha llegado a hacer [...]. Puedes haber dicho algo, o no, a esa persona sobre lo que no ha hecho».

El sujeto busca una situación reciente de su vida real que encaje con la descripción general que le ha planteado el terapeuta. Ésta sería, según Kern (1991), una metodología de evaluación idiográfica estandarizada. (La validez externa de este tipo de evaluación [en concreto, de las situaciones encuadradas en la dimensión de "rechazo de peticiones"] la halló Kern por medio de una llamada telefónica que requería que el sujeto rechazase las peticiones cada vez menos razonables que hacía el colaborador que llamaba.) Una cuestión interesante se refiere al número de situaciones que el terapeuta tiene que plantear al sujeto para cada dimensión de las HH SS con el fin de obtener resultados consistentes. Este número podría variar dependiendo de la dimensión concreta de que se tratase.

A pesar de estos hallazgos, otros investigadores no han encontrado apoyo a la relevancia de las situaciones de representación de papeles (Rosenfarb y Mintz, 1992). Estos autores señalan que no parece ser importante para los terapeutas «considerar la relevancia a nivel personal de las escenas de representación de papeles con el fin de evaluar adecuadamente la conducta socialmente habilidosa» (p. 145). Torgrud y Holborn (1992) hacen hincapié en que la validez externa superior de las pruebas de representación de papeles construidas por medio de un enfoque idiográfico podría deberse no tanto a la construcción de unas situaciones más personalizadas sino a las amplias interacciones de los sujetos experimentales con el investigador, que implican la descripción, discusión y elaboración de situaciones anteriores. «Quizás estas interacciones sean más importantes para controlar la actuación que las representaciones de papeles individualizadas que se producen» (Torgrud y Holborn, 1992, p. 267). Rosenfarb y Mintz (1992) apoyan el desarrollo de un conjunto de situaciones de representación de papeles que tenga una amplia base y que se relacione con un extenso rango de situaciones potenciales que los pacientes pueden encontrar en el ambiente real. Algunas ventajas de este formato de representación de papeles es que se pueden evaluar así situaciones que los pacientes han estado evitando por temor o ansiedad, u otras que no son relevantes en el momento pero que lo pueden ser en un futuro próximo. Además, aunque la forma personalizada de construcción de situaciones simuladas breves podría ser factible en la clínica, donde se examina a cada paciente en profundidad individualmente, sería altamente difícil y costoso poderlo emplear en la investigación de las HH SS a gran escala. Estos dos enfoques del desarrollo de situaciones simuladas pudieran constituir alternativas válidas

vieran de iniciar la conversación y que limitasen sus respuestas a las iniciaciones del sujeto a cinco palabras aproximadamente. Se les dijo que inhibiesen frecuentes sonrisas, asentimientos de cabeza y otras formas positivas de comunicación no verbal. Se les dijo también que no fuesen hostiles o desagradables cuando respondieran a las iniciaciones de los sujetos. Más tarde se evaluó a los sujetos en una serie de conductas verbales y no verbales y se examinaron las diferencias entre sujetos masculinos socialmente adecuados e inadecuados.

Las interacciones semiestructuradas han variado considerablemente. La duración ha ido desde un minuto y medio (Nelson, Hayes, Felton y Jarret, 1985) hasta 15 minutos (Spitzberg y Cupach, 1985), aunque la conducta puede cambiar en diferentes puntos de la interacción. Sin embargo, un período de 4 a 5 minutos ha sido la duración más típica de esta clase de interacciones. Se ha instruido a los colaboradores para que respondan de una manera cálida o bien neutral, que hagan comentarios después de pausas de silencio que van de 5 a 60 segundos, y que ofrezcan sólo comentarios específicos o bien que sean espontáneos. Las limitaciones que se imponen a la conducta del colaborador reducen de alguna manera la espontaneidad de la interacción, pero aseguran también que la conversación no estará dominada por el compañero. Si ocurriese esto, no sería posible evaluar las habilidades sociales del sujeto experimental.

Respecto a los formatos empleados, cada uno tiene sus ventajas y sus desventajas. Aconsejamos el empleo del procedimiento del "engaño" cuando este tipo de prueba se utilice para evaluar las habilidades de un individuo en una única ocasión. Wheldall y Alexander (1985) apoyan enérgicamente la utilización de "situaciones de engaño", a la manera de las empleadas por los psicólogos sociales (por ejemplo, los estudios de Asch sobre la conformidad o los de Milgram sobre la obediencia), como un paso intermedio hacia una metodología relevante en la evaluación de las HH SS. Por otro lado, el procedimiento de "como si" nos parece más beneficioso cuando lo tengamos que usar varias veces (por ejemplo, de variable dependiente pre- postratamiento). En el primer caso es posible que el sujeto se entere del engaño durante el tiempo que transcurre entre dos posibles empleos de esta estrategia, con lo que en la segunda aplicación la conducta del paciente podría estar muy sesgada y, probablemente, no ser válida. Además, razones éticas impiden tener "engañado" al sujeto durante mucho tiempo. El procedimiento de "como si", aunque puede proporcionar un comportamiento menos representativo de la vida real del sujeto, puede utilizarse a intervalos de tiempo variables (pre- postratamiento y seguimiento).

Las pruebas de interacción extensa se han utilizado frecuentemente en la evaluación de las habilidades heterosociales, donde la situación clásica ha sido la de "chico conoce a chica" o viceversa. No obstante, en los últimos años se ha dado una proliferación de estudios que han empleado este tipo de pruebas en la evaluación de las HH SS en general. Tenemos que señalar que las pruebas de interacción breve, semiextensa y extensa son análogas de las situaciones de la vida real. Pero ¿hasta qué punto es similar la conducta manifestada por un sujeto en pruebas de representación de papeles a la exhibida en la vida real? Si una per-

sona manifiesta una conducta socialmente habilidosa en dichas pruebas pero no lo hace en la vida real ¿qué podemos concluir? Si el individuo ha mostrado una conducta habilidosa, aunque sea en una situación análoga, quiere decir que dicha conducta se encuentra en su repertorio conductual. La representación de papeles sigue siendo válida, aunque la conducta del sujeto sea diferente en ella y en la vida real. Lo que debemos suponer es que pueden existir obstáculos internos (por ejemplo, cogniciones negativas, falta de discriminación de los estímulos relevantes) o externos (consecuencias aversivas) en la vida real que impiden que la persona muestre dicha conducta.

Aunque las pruebas de interacción extensa son más similares que las de interacción breve a las situaciones de la vida real, no están tampoco exentas de problemas. En primer lugar, estas pruebas han implicado casi de forma exclusiva la conducta del sujeto una vez que ya ha sido presentado al otro miembro del sexo opuesto, y se han concentrado únicamente en la conversación inicial. Por lo tanto, hay muchos otros aspectos de las HH SS que estas situaciones no cubren. Aquí estarían incluidas habilidades tales como descubrir formas de aumentar la probabilidad de conocer gente, dar el primer paso para iniciar una conversación, quedar con alguien del sexo opuesto, vérselas con un rechazo real o imaginario, y temas más complejos concernientes a relaciones a largo plazo y más íntimas. Aunque estos aspectos son a menudo objetivo de los programas de EHS, no se han evaluado normalmente en los estudios experimentales. La evaluación naturalista de algunos de estos aspectos podría realizarse mejor, tal como señala Arkowitz (1977), por medio de procedimientos tales como bailes, encuentros o reuniones sociales programados por los experimentadores, durante los cuales las conductas de los sujetos podrían codificarse sin barreras.

Una segunda limitación de las pruebas de interacción extensa se refiere a la carencia de consecuencias situacionales. Sin embargo, estas consecuencias están presentes en situaciones más reales. Si la situación de evaluación tuviera esas consecuencias, las conductas de los sujetos podrían aproximarse más a su conducta en el contexto natural.

No obstante, las pruebas de interacción extensa son generalmente preferibles a las pruebas de interacción breve en las que el sujeto está sometido a «una serie de escenas tipo ráfaga [...]. No está todavía claro qué cantidad de actuación inicial se confunde con la ansiedad y la perplejidad» (Bellack, 1983, p. 36). Además, las situaciones semiestructuradas permiten la evaluación de la naturaleza recíproca de las interacciones, muchas veces más importante que el simple recuento de las conductas con base en su cantidad o frecuencia. Sin embargo, se necesita más investigación para proporcionar una estructura válida y fiable a las interacciones semiestructuradas y poder evaluar con este método las diferentes dimensiones conductuales de las HH SS.

Se incluye también en este apartado la evaluación de las cogniciones sociales por medio de los métodos expresivos (Glass y Merluzzi, 1981), de los que el más notable es el procedimiento de "pensar en voz alta" ***(think-aloud).*** En esta estrategia se pide a los sujetos que imaginen que se encuentran en una situación

Beck, J. G. y Heimberg, R. G. (1983). Self-report assessment of assertive behavior: a critical analysis. *Behavior Modification*, *7*, 451-487.
Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1985). Depression: social skills training approaches. En M. Hersen y A. S. Bellack (Comps.) *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York. Plenum Press.
Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1988). Assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición)*. Nueva York. Pergamon Press.
Beidel, D. C., Turner, S. M. y Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 109-117.
Bellack, A. S. (1979*a*). Behavioral assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Comps.) *Research and practice in social skills training*. Nueva York. Plenum Press.
Bellack, A. S. (1979*b*). A critical appraisal of strategies for assessing social skill. *Behavioral Assessment*, *1*, 157-176.
Bellack, A. S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 29-41.
Bellack, A. S., Hersen, M. y Lamparski, D. (1979). Role-play tests for assessing social skills: are they valid? Are they useful? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 335-342.
Blake, D. D. y Andrasik, F. (1986). Between-measure consistency in social-skills assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *8*, 227-240.
Boice, R. y Monti, P. M. (1982). Specification of nonverbal behaviors for clinical assessment. *Journal of Nonverbal Behavior*, *7*, 79-94.
Bruch, M. A. (1981). A task analysis of assertive behavior revisited: replication and extension. *Behavior Therapy*, *12*, 217-230.
Burkhart, B. R., Green, S. B. y Harrison, W. H. (1979). Measurement of assertive behavior: construct and predictive validity of self-report, role-playing and in-vivo measures. *Journal of Clinical Psychology*, *35*, 376-383.
Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones (3.ª edición)*. Madrid. Pirámide.
Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis doctoral inédita. Universidad Autónoma de Madrid.
Caballo, V. E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia. Promolibro.
Caballo, V. E. (1991*a*). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.
Caballo, V. E. (1991*b*). Técnicas diversas de terapia de conducta: la importancia de la imaginación. En J. C. Sierra (Comp.) *Perspectivas actuales en psicología conductual*. Jaén. AEPC.
Caballo, V. E. (1993*a*). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI.
Caballo, V. E. (1993*b*). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, *1*, 73-99.
Caballo, V. E. (1993*c*). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual*, *1*, 221-231.

Caballo, V. E. y Buela-Casal, G. (1988*a*). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills, 67*, 591-602.
Caballo, V. E. y Buela-Casal, G. (1988*b*). Factor analyzing the College self-expression scale with a Spanish population. *Psychological Reports, 63*, 503-507.
Caballo, V. E. y Buela-Casal, G. (1989). Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento, 4*, 1-19.
Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Miró, E. (1993). *Socially skilled and unskilled people: some self-report, behavioural, and physiological differences.* Comunicación presentada en el 23rd European Congress of Behaviour and Cognitive Therapies. Londres, Reino Unido.
Caballo, V. E. y Carrobles, J. A. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6*, 93-114.
Caballo, V. E. y Ortega, A. R. (1989). La Escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada, 42*, 215-221.
Cacioppo, J. T. y Petty, R. E. (1981). Social psychological procedures for cognitive response assessment: the thought-listing technique. En T. V. Merluzzi, C. R. Glass y M. Genest (Comps.) *Cognitive assessment*. Nueva York. Guilford Press.
Carrobles, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. Promolibro.
Chiauzzi, E. J., Heimberg, R. G., Becker, R. E. y Gansler, D. (1985). Personalized versus standar role plays in the assessment of depressed patients' social skill. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *7*, 121-133.
Collins, J. y Collins, M. (1992). *Social skills training and the professional helper.* Chichester. Wiley.
Cone, J. D. (1978). The Behavioral assessment grid (BAG): a conceptual framework and a taxonomy. *Behavior Therapy*, *9*, 882-888.
Conger, J. C. y Conger, A. J. (1982). Components of heterosocial competence. En J. P. Curran y P. M. Monti (Comps.) *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*. Nueva York. Guilford Press.
Curran, J. P. (1982). A procedure for the assessment of social skills: the Simulated social interaction test. En J. P. Curran y P. M. Monti (Comps.) *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*. Nueva York. Guilford Press.
Curran, J. P. y Wessberg, H. W. (1981). Assessment of social inadequacy. En D. H. Barlow (Comp.) *Behavioral assessment of adult disorders*. Nueva York. Guilford Press.
Dayton, M. P. y Mikulas, W. L. (1981). Assertion and non-assertion supported by arousal reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *12*, 307-309.
Del Greco, L., Breitbach, L. y McCarthy, R. H. (1981). The Rathus assertiveness schedule modified for early adolescents. *Journal of Behavioral Assessment*, *3*, 321-328.
Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social interaction self-statement test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 211-222.
Dryden, W. (1984). Social skills assessment from a rational-emotive perspective. En

socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 327-329.
Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres. Methuen.
Turkat, I. D. (1990). *The personality disorders: a psychological approach to clinical management.* Nueva York. Pergamon Press.
Wallander, J. L. (1988). Behaviorally referenced rating system of intermediate social skills. En M. Hersen y A. S. Bellack (Comps.) *Dictionary of behavioral assessment techniques.* Nueva York. Pergamon Press.
Wallander, J. L., Conger, A. J. y Conger, J. C. (1985). Development and evaluation of a behaviorally referenced rating system for heterosocial skills. *Behavioral Assessment, 7*, 137-153.
Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
Wessberg, H. W., Curran, J. P., Monti, P. M., Corriveau, D. P., Coyne, N. A. y Dziadosz, T. H. (1981). Evidence for the external validity of a social simulation measure of social skills. *Journal of Behavioral Assessment, 3*, 209-220.
Wheldall, K. y Alexander, R. (1985). The deception study: A potential paradigm for the evaluation of generalizability of social skills training. *Behavioural Psychotherapy, 13*, 342-348.
Wilson, P. H., Spence, S. H. y Kavanagh, D. J. (1989). *Cognitive behavioural interviewing for adult disorders: a practical handbook*. Londres. Routledge.
Zweig, D. R. y Brown, S. D. (1985). Psychometric evaluation of a written stimulus presentation format for the Social interaction self-statement test. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 285-295.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1988). Assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Comps.) *Behavioral assessment: a practical handbook (3.ª edición).* Nueva York. Pergamon Press.
Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid. Siglo XXI.
Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual, 1*, 73-99.
Galassi, M. D. y Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself! How to be your own person.* Nueva York. Human Sciences Press.
Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health.* Londres. Methuen.

terapéutico conductual con alcohólicos, así como para evaluar y predecir el fenómeno de la recaída.

Esta entrevista permite determinar con precisión las características demográficas del paciente, las conductas relacionadas con el consumo de alcohol (el inicio del problema, los factores desencadenantes de la bebida, las pautas de consumo, las bebidas preferidas, las expectativas ante el alcohol, los síntomas físicos, los problemas de conducta asociados a la bebida, los posibles períodos de bebida controlada, etc.) y, por último, las motivaciones para el tratamiento, así como las expectativas ante el resultado de la terapia.

El *Perfil global del bebedor* incluye preguntas cuantitativas y preguntas abiertas sobre el consumo de alcohol. Según sus autores, el acuerdo entre observadores en las categorías de puntuación de las preguntas abiertas es del 80%. Si bien se carece aún de información suficiente sobre la validez de este instrumento, esta entrevista permite completar la evaluación conductual de los problemas de bebida (Calvo, 1987; Morey y Martin, 1991). Una versión española de esta entrevista figura en García González (1991).

III.1.2. «Índice de gravedad de la adicción, *ASI*»

El *Índice de gravedad de la adicción, ASI* (McLellan, Luborsky y O'Brien, 1980) es una entrevista estructurada que requiere un tiempo de aplicación de 45 a 60 minutos y que tiene por objetivo determinar el perfil de gravedad del trastorno adictivo (alcoholismo y otras toxicomanías) en seis ámbitos: a) abuso de sustancias psicoactivas (drogas y alcohol); b) situación médica; c) equilibrio psicológico; d) situación legal; e) adaptación familiar y social, y f) situación laboral y económica.

La información obtenida procede de fuentes objetivas y del autoinforme del paciente y se integra en seis escalas de 10 puntos que representan la gravedad del deterioro. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,92 cuando la entrevista se aplica a los 3 días (incluso en el caso de que la entrevista sea realizada por entrevistadores distintos). Asimismo, la fiabilidad entre observadores es de 0,92 en las seis áreas exploradas. La validez convergente de las distintas escalas es irregular: alta (0,60) en el ámbito del consumo de alcohol y/o de otras drogas, pero baja (0,30) en la escala de adaptación familiar y social (McLellan, Luborsky y Cacciola, 1985).

Si bien el *ASI* puede ser de utilidad en un contexto clínico y de investigación, las principales limitaciones son que no está diseñado específicamente para evaluar el alcoholismo, que la información obtenida en las escalas de la situación médica y del equilibrio psicológico es más general que la referida a las otras áreas, y que no debe utilizarse en alcohólicos con muchos años de dependencia y que, por tanto, experimenten un grado considerable de deterioro cognitivo (McLellan y cols., 1985; Morey y Martin, 1991).

CUADRO 16.1. *Cálculo de la fórmula de cociente de deterioro mental en el WAIS*

Pruebas cuyo rendimiento se mantiene	Pruebas cuyo rendimiento no se mantiene
Vocabulario	Memoria de dígitos
Información	Semejanzas
Rompecabezas	Clave de números
Figuras incompletas	Cubos de Kohs

$$\text{C. D. WAIS} = \frac{M - NM}{M} \times 100$$

M = puntuación total típica de las pruebas cuyo rendimiento se mantiene
NM = puntuación total típica de las pruebas cuyo rendimiento no se mantiene

del cociente de deterioro figura en el cuadro 16.1. Un índice superior a 20-30 puede considerarse revelador de un deterioro cognitivo patológico.

Un cuadro sinóptico con los principales instrumentos de evaluación en el ámbito del alcoholismo actualmente disponibles en España, clasificados según el objetivo específico que se pretende alcanzar con ellos, figura en el cuadro 16.2.

Sin embargo, la evaluación del alcoholismo no puede limitarse sólo a los problemas de bebida. La interrelación entre las conductas alteradas del sujeto requiere una evaluación más amplia. Un protocolo global de evaluación del alcoholismo, expuesto ya en otras ocasiones en la presentación de casos clínicos (Echeburúa y Corral, 1988*a*; Echeburúa, 1990), puede constar de las siguientes pruebas[2]:

a. El *Test para el diagnóstico del alcoholismo (MALT)* (adaptación de Rodríguez Martos, 1986).
b. La *Escala de asertividad de Rathus* (véase Carrobles, Costa, Del Ser y Bartolomé, 1986).
c. El *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (versión de 21 ítems) (véase Conde y Franch, 1984).
d. La *Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión (HARS)* (versión de 21 ítems) (véase Conde y Franch, 1984)[3].
e. La *Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (TMAS)* (véase Conde y Franch, 1984).

[2] Figuran entre paréntesis los lugares en donde se pueden encontrar en castellano los inventarios y escalas citados, así como, en su caso, la versión utilizada de los mismos.

[3] Se utilizan dos medidas para evaluar la depresión porque una de ellas, el *BDI*, presta más atención a los componentes cognitivos, mientras que la otra, la escala de Hamilton, se centra en componentes conductuales y somáticos; por tanto, ambas son complementarias.

reja (Edwards, 1986; Echeburúa, 1988). Por su parte, el *locus* de control parece una variable relevante a la hora de precisar los objetivos terapéuticos (abstinencia frente a bebida controlada) (Echeburúa y Corral, 1988*b*).

III.2.2. Predicción de la recaída

En los últimos años ha surgido, desde una perspectiva conductual, un gran interés por la predicción y el control de la recaída en los alcohólicos, que puede afectar al 80% de los casos en los seis primeros meses tras el tratamiento (García y Alonso, 1989). Una revisión de la recaída entre los alcohólicos, fumadores, heroinómanos y jugadores patológicos muestra unas tasas muy similares entre estos diferentes tipos de adicción: los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses tras la finalización del tratamiento. Además, los episodios de recaída, independientemente del trastorno adictivo específico, aparecen frecuentemente asociados a las mismas tres situaciones de alto riesgo (estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social), junto con la carencia de unas estrategias de afrontamiento adecuadas (Marlatt y Gordon, 1985; Echeburúa y Corral, 1986; Echeburúa, 1994).

Este interés por el control de la recaída ha llevado a un desarrollo de instrumentos de medida encaminados a la especificación de los factores predictivos de la misma (cuadro 16.2). El *Inventario de situaciones precipitantes de recaída* (Litman y cols., 1983*b*), que consta de 25 ítems en los que el paciente tiene que determinar el grado de peligrosidad de las situaciones propuestas según una escala de tipo Likert, tiene por objetivo identificar las situaciones interpersonales y emocionales que el sujeto percibe como de alto riesgo. El contenido de los ítems se refiere a emociones negativas (ansiedad, depresión), a acontecimientos externos (por ejemplo, pasar delante de un bar), a situaciones de ansiedad social (por ejemplo, tener que encontrarse con personas desconocidas) y, por último, a distorsiones cognitivas (por ejemplo, convencerse a sí mismo de que una única copa no le hará nada). El riesgo de recaída es tanto menor cuanto más bajo es el grado de peligrosidad percibido en las situaciones de riesgo. Este inventario, traducido y adaptado por García González (1991), figura en el apéndice 4.

El *Inventario de conductas de afrontamiento* (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983*a*), que consta de 36 ítems, tiene por objetivo evaluar la frecuencia de conductas eficaces para evitar la recaída, así como la de estrategias de afrontamiento asociadas con el riesgo de recaída. Los sujetos tienen que señalar en una escala de tipo Likert la frecuencia con que han recurrido a cada una de ellas para detener los impulsos de recaída. En este inventario se han aislado cuatro factores: a) pensamientos positivos sobre las ventajas de la abstinencia; b) pensamientos sobre las consecuencias negativas de la bebida; c) estrategias de evitación o distracción y sustitución; y d) estrategias de búsqueda de apoyo social. Según García González (1991), el riesgo de recaída es mayor cuando se re-

IV. CONCLUSIONES

Siempre que sea posible, una evaluación adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintas modalidades (tanto cuestionarios como entrevistas) y de distintas fuentes (por ejemplo, paciente y cónyuge). Los indicadores clínicos y las medidas fisiológicas pueden contribuir, a su vez, a la detección precoz del alcoholismo y a la verificación de los autoinformes de los pacientes. No obstante, las secuelas biomédicas del alcoholismo no son sincrónicas con los efectos psicosociales. Mientras que éstos constituyen uno de los primeros signos de la dependencia al alcohol, aquéllas sólo aparecen con la cronicidad (Morey y Martin, 1991).

A pesar de las limitaciones de las medidas subjetivas (expectativas del sujeto, olvidos, percepciones distorsionadas, etc.) como forma de evaluación y de la adopción de la negación como estrategia de afrontamiento por parte de los alcohólicos, los autoinformes de los pacientes presentan un grado de veracidad relativamente alto, sobre todo en preguntas del tipo verdadero/falso. El índice de concordancia entre los autoinformes y las informaciones verificadas por los familiares (Guze, Tuason, Stewart y Picken, 1963; Maisto, Sobell y Sobell, 1979) o por otras instituciones (hospitales, oficinas de tráfico, etc.) (Sobell y Sobell, 1975) es razonablemente alto (del 85%). Es más, entre las respuestas discrepantes es más frecuente la sobrevaloración de los problemas que la infravaloración de los mismos. Los autoinformes constituyen, por tanto, una fuente de información fidedigna siempre y cuando formen parte de un programa terapéutico, los pacientes no estén bebidos y a los mismos se les garantice la confidencialidad (Babor, Stephens y Marlatt, 1987; Sobell y Sobell, 1990).

El interés de los autorregistros va más allá de facilitar la elección de un tipo de tratamiento individualizado. Desde una perspectiva motivacional, los pacientes tienden a darse cuenta más claramente de las pautas de consumo y, por ello, a aceptar más fácilmente el programa de intervención propuesto (Calvo, 1987). De hecho, los autorregistros proporcionan una información más exacta sobre el consumo de alcohol que los cuestionarios (Poikolainen y Karkainen, 1983).

La utilidad de los cuestionarios diagnósticos va a depender siempre del contexto en el que se utilicen y del objetivo que se persiga con ellos. Por ejemplo, una prueba dirigida a determinar la presencia del trastorno debe ser muy sensible, es decir, debe identificar con precisión casi todos los casos verdaderos de alcoholismo. En cambio, la misma prueba puede ser de una utilidad más limitada en el momento de establecer un diagnóstico definitivo, ya que puede clasificar erróneamente a demasiados individuos normales como consumidores excesivos de alcohol. De ahí que, en el caso de un instrumento propiamente diagnóstico, interese más la especificidad que la sensibilidad (Morey y Martin, 1991).

Poikolainen, K. y Karkainen, P. (1983). Diary gives more accurate information about alcohol consumption than questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence, 11*, 209-216.

Robertson, I. y Heather, N. (1986). *¿Así que quieres beber menos?* Vitoria. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Rodríguez Martos, A. (1986). *El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios.* Barcelona. Fons Informatiu de l' Ajuntament de Barcelona, 2.

Rodríguez Martos, A., Suárez, R. M. y Vecino, C. (1984). MALT: versión definitiva de este test para el diagnóstico del alcoholismo. En Gobierno Vasco (Comp.) *Drogodependencias: un reto multidisciplinar. Vol. 1.* San Sebastián. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Santo-Domingo, J. y Calvo, R. (1977). Modificaciones conductuales humanas en la intoxicación alcohólica experimental. *Revista de Psicología General y Aplicada, 3*, 555-571.

Schenker, S. y Speeg, V. (1990). The risk of alcohol intake men and women. *New England Journal of Medicine, 322*, 127-129.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 127*, 1653-1658.

Seva, A. y Vázquez, J. J. (1982). Aspectos socioculturales del alcohol y de las drogas de procedencia terapéutica. *Análisis y Modificación de Conducta, 3*, 30-49.

Skinner, H. A. y Horn, J. L. (1984). *Alcohol dependence scale user's guide*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation.

Skinner, H. A., Holt, S. y Sheu, W. J. (1986). Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the Alcohol clinical index. *British Medical Journal, 292*, 1703-1708.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1975). Outpatient alcoholics give valid self-reports. *Journal of Nervous and Mental Disease, 161*, 32-42.

Sobell, L. C. y Sobell, M. (1990). Self-report issues in alcohol abuse: state of the art and future directions. *Behavioral Assessment, 12*, 79-90.

Wechsler, D. (1955). *Wechsler adult intelligence scale. Manual.* Nueva York. Psychological Corporation.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Calvo, R. (1987). Evaluación conductual de la adicción. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (Comps.) *Evaluación conductual.* Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E. (1990). Evaluación y tratamiento de un caso clínico de consumo abusivo de alcohol. En M. A. Vallejo, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (Comps.) *Modificación de conducta: análisis de casos* . Madrid. TEA.

Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos.* México. Trillas.

Morey, L. C. y Martin, P. R. (1991). Evaluación del alcoholismo y de las sustancias psicoactivas. En S. Wetzler (Comp.) *Medición de las enfermedades mentales.* Madrid. Áncora (Orig. 1989).

Robertson, I. y Heather, N. (1986). *¿Así que quieres beber menos?* Vitoria. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Rodríguez Martos, A. (1986). *El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios.* Barcelona. Fons Informatiu de l'Ajuntament de Barcelona, 2.

(MALT-S)

NOMBRE: .... FECHA: ....

Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor, marque con una cruz el cuadrito que "Procede" (SÍ) o "No procede" (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que ninguna de las dos alternativas propuestas resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas, y precisamente aquella que mejor pueda referirse a usted.

		SÍ	NO
1.	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos	☐	☐
2.	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación de náuseas o ganas de vomitar	☐	☐
3.	Alguna vez he intentado calmar "la resaca", el temblor o las náuseas matutinas con alcohol	☐	☐
4.	Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades	☐	☐
5.	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo	☐	☐
6.	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo	☐	☐
7.	A menudo pienso en el alcohol	☐	☐
8.	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido	☐	☐
9.	En las temporadas en que bebo más, como menos	☐	☐
10.	En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera	☐	☐
11.	Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vea)	☐	☐
12.	Desde que bebo más, soy menos activo	☐	☐
13.	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido	☐	☐

APÉNDICE 6. HOJA DE AUTORREGISTRO DE BEBIDA (Robertson y Heather, 1986)

Fecha	*Hora*	*Cuánto tiempo*	*Bebida*	*Lugar*	*Compañía*	*Otras actividades*	*Dinero gastado*	*Consecuencias*	*Núm. de unidades*
								TOTAL DE LA SEMANA	

Recientemente, Emont, Collins y Zywiak (1991) y Becoña, García y Gómez (1992) han analizado esta cuestión. En el primer estudio distinguieron los abstinentes continuos, los que tuvieron deslices (aquellos fumadores abstinentes pero que fumaron 1 ó 2 cigarrillos) y los que recayeron. En su estudio encontraron una discrepancia en el 9% de los casos entre la información proporcionada por el fumador y la indicada por los observadores del mismo. La discrepancia estaba fundamentalmente en los fumadores que indicaron que habían tenido deslices. Como aspecto interesante se encontró que si la persona que informa vive con el fumador la discrepancia es menor que si el que informa no vive con él. De igual modo, la discrepancia es menor si el informante ve al fumador frecuentemente en actos de ocio o de vida social. En los anteriores casos, cuando la persona que informa ve al fumador la discrepancia va del 5 al 7%, y aumenta al 12-20% cuando lo ve poco o apenas lo ve. Otro resultado curioso del estudio de Emont y cols. (1991) fue que los observadores indicaron con más frecuencia que la persona no fuma cuando el fumador indica que fuma. En este estudio, entre los fumadores que habían recaído, un 10% de los observadores afirmaba que no habían fumado los fumadores cuando éstos afirmaban todo lo contrario.

En el estudio de Becoña y cols. (1992) en distintos seguimientos no se encontraron discrepancias o éstas no pasaron del 4%. En este estudio, los observadores eran fundamentalmente familiares directos del fumador o personas de su ambiente que los veían a diario. Los anteriores estudios sugieren que el modo más fiable de confirmar la información dada por el fumador cuando es un observador el que nos la verifica, es que sea una persona que conviva o vea al fumador frecuentemente en situaciones familiares o sociales.

En otros estudios se ha evaluado del mismo modo, por carta o teléfono, el consumo de cigarrillos en fumadores. Luepker, Pallonen, Murray y Pirie (1989), utilizando la entrevista telefónica para evaluar la adicción al tabaco de una población, que entre un 3 y un 4% de personas respondía que no fumaban, constatándose, al acudir a su domicilio, que esto no era cierto.

III.3. *Topografía del fumar*

En el laboratorio, se pueden realizar estudios precisos para conocer la topografía del consumo de cigarrillos de un fumador. Algunas de las medidas más utilizadas son la frecuencia (número de cigarrillos fumados por día o número de chupadas por cigarrillo), duración (duración de la chupada, duración del cigarrillo, intervalo entre chupadas o intervalo entre cigarrillos) y volumen (volumen de la chupada o volumen de la inhalación) (Frederiksen y cols., 1979). Una instrumentación adecuada permite evaluar los anteriores parámetros de modo preciso, aunque también se han desarrollado otros que es posible utilizar en el ambiente natural (Pickens, Gust, Catchings y Svikis, 1983).

tró altas correlaciones (0,88) entre su escala y la evaluación de monóxido de carbono, otros autores como Tonnesen y cols. (1988) las encontraron muy bajas (0,22). Algo semejante ocurre con las correlaciones entre esta escala y medidas de cotinina (Fagerström y Schneider, 1989).

Respecto a la fiabilidad, distintos estudios indican una fiabilidad baja, de 0,51 a 0,55 (Lichtenstein y Mermelstein, 1986). En España ocurre algo semejante; así en el estudio de Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto y García (1990) la fiabilidad de la escala está entre 0,50 y 0,56. Esto en parte es debido a que varios de los ítems de la misma son poco discriminativos, y con sólo dos de ellos es posible explicar toda la varianza de la puntuación total del cuestionario.

Otro aspecto que se le ha achacado al cuestionario es su falta de unidimensionalidad; es decir, que los ocho ítems no están evaluando un único factor (Lichtenstein y Mermelstein, 1986; Becoña 1989). En España, la situación es semejante ya que como puede apreciarse en el cuadro 17.2, la estructura factorial no permite hablar de un único factor. Por este motivo algunos autores (Heatherton y cols., 1989) han sugerido utilizar sólo dos de los ítems del cuestionario: el que evalúa la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos por día.

También hay que indicar que uno de los ítems de la escala, el 5 (¿fuma más durante la mañana que durante el resto del día?), se ha venido utilizando de este modo como aparece en el artículo original de Fagerström (1978). Sin embargo, se hizo una incorrecta traducción del sueco, país de origen de Fagerström, al in-

CUADRO 17.2. *Correlaciones entre cada ítem y la puntuación total del* Cuestionario de tolerancia *de la nicotina*

Ítem	*r*
1. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?	0,45
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido, tales como en la iglesia, biblioteca, cine, etc.?	0,56
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?	0,52
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0,71
5. ¿Fuma más frecuentemente durante las dos primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	0,40
6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que está en la cama la mayor parte del día?	0,54
7. ¿Cuál es el contenido en nicotina de su marca habitual de cigarrillos?	0,27
8. ¿Inhala el humo al fumar?	0,38

N = 732; todas las r son significativas al $p < 0,001$.
FUENTE: Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto y García (en prensa).

llada a partir de un análisis factorial con informes de ex fumadores. Evalúa aspectos como el deseo de fumar («¿tiene usted urgencia de fumar en este momento?»), síntomas psicológicos («¿se siente ansioso?»), síntomas físicos («¿le sudan las manos?»), perturbación en la activación («¿se siente inusualmente cansado?») y cambios en el apetito («¿tiene menos apetito de lo normal?»).

Más recientemente, Hughes y Hatsukami (1986) han desarrollado una escala corta con sólo trece proposiciones, que muestran síntomas que desaparecen si se le administra al sujeto nicotina. Algunos de estos son: dificultad para concentrarse, insomnio, cefalea, etcétera.

La significación clínica de los síntomas de abstinencia en el abandono del tabaco no está del todo clara. Teóricamente, estos síntomas son los principales responsables de las recaídas (Shiffman, 1988) como se ha visto confirmado en estudios retrospectivos, en donde los fumadores que recaen informan de más síntomas de abstinencia que los que se mantienen sin fumar, aunque también puede ser considerado como una autojustificación (Shiffman, 1988). Por el contrario, otros estudios no han encontrado correlaciones entre la frecuencia e intensidad de los síntomas y las recaídas (Hughes y Hatsukami, 1986). Quizás los síntomas de abstinencia juegan un importante papel en las recaídas sólo cuando por su persistencia provocan fatiga. En cualquier caso, la utilidad clínica de esta evaluación podría ser de ayuda para superarla con sustitutos de la nicotina y reducir así o eliminar el síndrome de abstinencia que produce ésta (Becoña, 1987).

III.4.4. La evaluación de los motivos para fumar

Un grupo de cuestionarios con gran tradición en la evaluación de los fumadores son aquellos que han tratado de contestar a la pregunta «¿por qué fuma la gente?». Para ello se han construido distintos cuestionarios con el fin de conocer tales motivos y las leyes motivacionales que gobiernan la conducta de fumar.

Fue Tomkins (1966), quien elaboró un modelo de la conducta de fumar derivado de su teoría de las emociones, el que ha iniciado más fructíferamente este campo de estudio. Este autor sostiene que una persona fuma regularmente sólo si el acto de fumar se asocia consistentemente con el aumento del afecto positivo o la disminución del afecto negativo. Distinguió cuatro tipos de fumadores: 1) el fumador de afecto positivo que, o bien fumando estimula el afecto positivo o bien fuma por relajación, 2) fumador de afecto negativo o fumar sedativo, que fuma para reducir los sentimientos displacenteros de angustia, ira, etc., 3) fumador adicto, que estimula el afecto positivo y disminuye el afecto negativo, y 4) fumador habitual, para el que fumar se ha convertido en un acto automático.

La escala de razones para fumar (Ikard, Green y Horn, 1969) se fundamenta en la teoría de Tomkins, agrupándose sus ítems en seis factores: Fumar automático, Fumar adictivo, Reducción del afecto negativo, Fumar indulgente, Fumar estimulante y Fumar sensoriomotor. Como ocurrirá en otros estudios posterio-

los extremos a ninguna resistencia (0) y a total resistencia (100). El fumador tiene que indicar su nivel de resistencia a la urgencia de fumar en 46 situaciones en las cuales los fumadores tienen una alta probabilidad de fumar, probar un cigarrillo o recaer. Algunos ejemplos de estas proposiciones son: «cuando quieres relajarte», «cuando estás excitado».

La fiabilidad de la escala anterior ha sido satisfactoria (McIntyre y cols., 1983; Baer y cols., 1986), con valores cercanos a la unidad. Acerca de su estructura interna, en el estudio inicial de Condiotte y Lichtenstein (1981), mediante análisis cluster, se encontraron los factores siguientes: Intranquilidad, Estados de ánimo intrapersonales negativos, Como muletilla, Estructuración del tiempo, Social, Estados de ánimo interpersonales negativos y Autoimagen. Baer y Lichtenstein (1988) realizando un análisis factorial obtuvieron cinco factores: Imagen social, Dieta, Influencia social, Placer y Afecto negativo. En España, y también utilizando la técnica del análisis factorial, Becoña, García y Gómez-Durán (en prensa) encontraron con esta escala los factores de Afecto negativo, Autoimagen, Placer, Social (véase cuadro 17.4).

Recientemente, Baer y Lichtenstein (1988) han reducido la anterior escala a catorce proposiciones, dado que consideran que los ítems por ellos seleccionados recogen los ítems más significativos a partir del análisis factorial, y que esos ítems evaluarían adecuadamente la autoeficacia que tienen los fumadores hacia el mantenimiento o no de su consumo de cigarrillos en las situaciones más importantes en las que se fuma.

Su utilización en estudios predictivos de la abstinencia/no abstinencia después de acudir a un tratamiento para dejar de fumar o de haber dejado de fumar, viene a indicar que es altamente predictiva de la posterior abstinencia. En el es-

CUADRO 17.4. *Ejemplo de algunas de las proposiciones más importantes en el factor Afecto negativo de la* Escala de autoeficacia *de Condiotte y Lichtenstein* (1981)

Cuando te sientes tenso
Cuando te sientes hipersensible
Cuando te sientes nervioso
Cuando te sientes trastornado
Cuando estás preocupado
Cuando te sientes enfadado
Cuando te sientes inquieto
Cuando te sientes deprimido
Cuando te sientes ansioso
Cuando te sientes frustrado
Cuando te sientes enfadado contigo mismo
Cuando estás excitado

FUENTE: Becoña, García y Gómez-Durán (en prensa).

Este estudio, como otros, mostró que la evaluación de CO_2 no era efectiva en detectar a los fumadores ocasionales. Por ejemplo, con un punto de corte de 8 ppm sólo eran detectados el 27% de los fumadores ocasionales.

Otro aspecto importante que analizó este estudio fue comprobar si existían diferencias al evaluar el CO_2 por la mañana o por la tarde, como así se viene afirmando en la literatura (Benowitz, 1983). Este estudio no encontró diferencias en realizar las medidas entre una y otra hora del día. Por el contrario, sí surgieron diferencias en hacer las medidas en el invierno o en el verano, al encontrarse mayores promedios en invierno. Por ejemplo, los fumadores duros tenían un CO_2 promedio de 35,1 en invierno, que en verano bajaba a 32,0. Esta diferencia está motivada, entre otras razones, por la menor aireación de los lugares cerrados en la estación invernal; mayor tráfico rodado y embotellamientos y, consiguientemente, mayor CO_2 ambiental, así como menos aireación del lugar de trabajo donde se realiza el tratamiento y la evaluación del CO_2, etcétera.

Respecto al punto de corte, objeto básico de su estudio, los autores sugieren que se utilice un punto de corte entre 3 y 5 ppm por encima del nivel de CO_2 ambiental para los fumadores moderados y duros. Este CO_2 ambiental se obtendría de la puntuación promedio que tienen los no fumadores, que en este estudio fue de 4,2 ppm. Esto significaría un punto de corte entre 7 y 9 ppm, utilizando el *MiniCO 1 000*. Con estos puntos de corte el nivel de especificidad (porcentaje de no fumadores correctamente clasificados) oscila del 96,7 al 99,4% y el de sensibilidad (porcentaje de fumadores detectados) del 97,7 al 99,3%. En cambio, los autores proponen que para detectar a los fumadores ocasionales y a los ligeros el CO_2 es poco útil, siendo mucho mejor la medida de cotinina, aunque también apuntan la limitación del coste de esta última medida. Aparte, como es representativo el estudio de Lando, McGovern, Barrios y Etringer (1990), se observa en los últimos años un rechazo por parte de algunos sujetos a proporcionar muestras de cotinina en saliva por miedo a contaminarse de sida.

III.5.2. Nicotina

La nicotina es el componente activo más importante del tabaco y sólo existe en la naturaleza en dicha planta. Esta sustancia es un alacaloide líquido, oleaginoso e incoloro y responsable de la adicción a los cigarrillos. La nicotina existente en los cigarrillos comercializados actualmente en España oscila entre 0,2 y 1,4 mg. De esa cantidad un tercio llega al fumador. Si se inhala el humo se puede absorber hasta un 70% de ese tercio; si no se inhala el humo sólo se absorbe un 5%. El nivel de absorción está relacionado con la topografía de cada fumador (profundidad, número de inhalaciones, volumen, etcétera).

La nicotina se absorbe a través de las mucosas de la boca, del árbol bronquial y de los alveolos pulmonares. Se distribuye rápidamente por el organismo a través de la sangre, transformándose en el hígado y eliminándose por la orina, la saliva, la leche materna y el sudor.

menos en saliva, aunque estudios como el de Pierce, Dwyer y DiGiusto (1987) indican en saliva una sensibilidad del 92,6% y una especificidad del 93,4%.

La medida de la cotinina ha recibido mayor atención que la nicotina. Ello se ha debido especialmente a la posibilidad de su evaluación en saliva. La recogida de muestras es fácil, aunque existe el inconveniente de que la nicotina en saliva no puede discriminarse de la nicotina no absorbida que ha quedado depositada en la boca. Otra desventaja de la nicotina y cotinina como indicadores bioquímicos de la conducta de fumar es que los métodos para su cuantificación son relativamente complicados y caros. La mayor ventaja es la gran especificidad y sensibilidad, aunque como ocurre con otras medidas fisiológicas ya analizadas, aún faltan muchas investigaciones para superar los anteriores inconvenientes.

II.5.4. Tiocianato

El cianuro de hidrógeno es un compuesto tóxico presente en altas concentraciones en el humo del tabaco, que se metaboliza rápidamente en el hígado en tiocianato (SCN). A continuación se distribuye mediante el tejido extracelular y se elimina lentamente por los riñones y en menor medida por el sudor. Tiene una vida media en el cuerpo de 14 días de promedio (Pechacek y cols., 1984), dependiendo de factores como embarazo, ciclo menstrual o diferencias en el funcionamiento renal. Por otra parte, al dejar de fumar, los niveles de SCN van descendiendo lentamente y tardando de 3 a 6 semanas en alcanzar los niveles de los no fumadores (Kozlowsky y Herling, 1988).

Los niveles de SCN pueden ser evaluados en plasma, orina o saliva. La evaluación en plasma es muy fiable, pero al ser una medida intrusiva, se tiende a realizar en saliva, en donde resulta ser más barata que en sangre, no intrusiva y más sensible (Prue, Martin y Hume, 1980). Aunque los niveles en saliva son más variables que en sangre, las concentraciones de SCN en saliva son de 15 a 20 veces mayores que en plasma.

El modo de recoger las muestras de saliva es sencillo, utilizándose algodones para estimular la glándula parótida y recoger en ellos la muestra. El tiempo de exposición para alcanzar un nivel estable de SCN varía entre tres minutos si la glándula es estimulada por ejemplo, con limón dulce, hasta veintiséis si no se estimula (O'Connell, Gerkovich, Fears y Cook, 1988).

La medida de SCN en orina es la menos fiable, ya que el flujo de orina y otros factores afectan a su excreción. Los niveles de SCN se determinan en el laboratorio mediante métodos calorimétricos o espectrofotométricos, lo que hace que el coste sea moderado pero superior a otras medidas como el CO_2.

Cuando se utiliza como medida el SCN hay que tener en cuenta que la cantidad que evaluemos está influida no sólo por las diferencias individuales en la eliminación del SCN sino por la dieta. Varios alimentos, como las almendras, brécol, col, rábanos, nabos, coliflor y espinacas, entre los más importantes, así como la cerveza, aumentan el nivel de SCN en el cuerpo (Becoña y Lorenzo,

en fumadores: el cuestionario de resistencia a la urgencia a fumar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.*

Becoña, E. y Gómez, B. J. (en prensa). Programas de tratamiento en grupo con fumadores. En D. Maciá (Comp.) *Modificación de conducta con grupos. Programas aplicados de tratamiento*. Madrid. Pirámide.

Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. y García, M. P. (1990). Dependencia de la nicotina y consumo de cigarrillos. *Adicciones*, *2*, 279-290.

Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. y García, M. P. (en prensa). Scores of Spanish smokers on Fagerström's tolerance questionnaire. *Psychological Reports.*

Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (1989). Evaluación de la conducta de fumar. II. Medidas fisiológicas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, **2**, 37-58.

Benowitz, N. L. (1983). The use of biologic fluid samples in assessing tobacco smoke consumption. En J. Grabowski y C. S. Bell (Comps.) *Measurement in the analysis and treatment of smoking behavior*. Rockville, Md. NIDA.

Cherry, N. y Kiernan, K. E. (1976). Personality scores and smoking behaviour. A longitudinal study. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, *30*, 123-131.

Coelho, R. J. (1984). Self-efficacy and cessation of smoking. *Psychological Reports*, *54*, 309-310.

Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 648-658.

Diclemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, *5*, 175-187.

Diclemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, *9*, 181-200.

Emont, S. L., Collins, R. L. y Zywiak, W.H. (1991). Methodological note: corroboration of self-reported smoking status using significant other reports. *Addictive Behaviors*, *16*, 329-333.

Eysenck, H. J., Tarrant, M., Woolf, M. y England, L. (1960). Smoking and personality. *British Medical Journal*, *1*, 1456-1460.

Eysenck, H. J. (1980). *The causes and effects of smoking*. Londres. M.T. Smith.

Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, *3*, 235-241.

Fagerström, K. O. (1982). Effects of a nicotine-enriched cigarette on nicotine titration, daily cigarette consumption, and levels of carbon monoxide, cotinine, and nicotine. *Psychopharmacology*, *77*, 164-167.

Fagerström, K. O. y Melin, B. (1985). Nicotine chewing gum in smoking cessation: efficiency, nicotine dependence, therapy duration and clinical recommendations. En J. Grabowski y S. M. Hall (Comps.) *Pharmacological adjuncts in smoking cessation*. Rockville, Md. NIDA.

Fagerström, K. O. y Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence in tobacco smoking: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, *12*, 159-182.

Frederiksen, L. W., Martin, J. E. y Webster, J. S. (1979). Assessment of smoking behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *12*, 653-664.

Gestal, J. J., Montes, A., Barros, J. M. y Smith, E. (1988). *Tabaco y patología*. La Coruña. Fundación Pedro Barrié de la Maza, Conde Fenosa.

González, J., Villar, F., Banegas, J. R., Martín, J. M. y Salvador, T. (1992). *Tendencia de*

En la práctica clínica el profesional va a enfrentarse con dos problemas clínicos importantes. El primero se refiere a los efectos agudos de las sustancias psicoactivas que se dan durante la intoxicación o la abstinencia; en esta área, la evaluación biológica será fundamental, obviamente complementada con la evaluación psicológica con fines de diagnóstico; éste es un problema eminentemente médico. El segundo problema se refiere al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, que son clasificados en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) en la sección (1) dependencia a sustancias psicoactivas; y (2) abuso de sustancias psicoactivas. La dependencia a sustancias es vista como la forma más seria del trastorno, y se caracteriza al menos por tres de estas características: 1) la persona a menudo consume la droga en cantidades mayores o por un período más largo del que intentaba; 2) tiene un persistente deseo o ha hecho uno o más intentos por disminuir o controlar el consumo de la sustancia; 3) ocupa un tiempo considerable en actividades que lleven a la obtención de la sustancia, para consumirla o para recuperarse de sus efectos; 4) muestra frecuentes síntomas de intoxicación (embriaguez) o de abstinencia cuando planea realizar obligaciones sociales u ocupacionales, o cuando el consumo de la sustancia es físicamente arriesgado; 5) las actividades sociales, ocupacionales o recreativas se rechazan o se reducen porque son incompatibles con el consumo de la droga; 6) hay un continuo consumo pese a los persistentes problemas sociales, ocupacionales o físicos causados o exacerbados por el consumo de la sustancia; 7) hay una significativa tolerancia, en donde un aumento marcadamente creciente (por lo menos 50% más) es lo requerido para lograr la embriaguez o el efecto deseado, o hay una marcada disminución del efecto debido al continuo consumo de la misma cantidad, excepto para el cannabis, los alucinógenos y la fenciclidina; 8) se dan síntomas de abstinencia; y 9) la persona a menudo consume la droga para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. El abuso de sustancias es identificado cuando la persona no muestra suficientes características de dependencia, pero que tampoco exhibe la característica 6 indicada anteriormente (consumo continuo pese a los persistentes problemas relacionados con la droga) ni un consumo recurrente en situaciones en cuanto que el consumo es arriesgado (después de la característica 4 descrita arriba). En ambos casos algunas de estas características deben haber persistido durante un mes, u ocurrido repetidamente por un período más prolongado.

De esta manera, el *DSM-IV* supera aunque de forma relativa las deficiencias de las clasificaciones previas. Sin embargo, no es absolutamente claro al calificar a la cocaína como una droga que no produce un síndrome de abstinencia severo y por lo tanto no produciría dependencia física. Esto significa la tendencia a la utilización del "modelo del opio" en la evaluación del poder adictivo de otras sustancias en general y de la cocaína en particular. Como plantean Smith (1984), y Gawin y Kleber (1988), la cocaína es una sustancia severamente adictiva por provocar un deseo compulsivo de consumirla, por la pérdida de la capacidad de abstenerse y detenerse, y por el deterioro físico y comportamental que produce;

dosis letal (0,8 a 1,2 gramos). También puede producirse la reversión de la tolerancia, es decir la producción de los efectos con dosis menores. Este fenómeno de sensibilización fue estudiado por Post y Kopanda (1976) a partir del fenómeno *kindling,* modelo que se utilizó para provocar convulsiones en animales de experimentación (previamente sensibilizados) con estímulos subumbrales. De esta manera, pequeñas dosis en consumidores crónicos, aun después de cierto período de abstinencia, pueden desencadenar cuadros alucinatorios y psicosis con características catatonoparanoides.

Bruno (1991) sistematiza los síndromes psicopatológicos causados por el uso crónico de cocaína de la siguiente forma:

a. Crisis agudas de carácter delirante, ansioso, alucinatorio y de tipo paranoide caracterizadas por irrupción aguda con tendencia a remisión espontánea, ataques de ansiedad, alucinaciones e ilusiones de naturaleza amenazante, alucinaciones táctiles, intuiciones delirio-persecutorias con tendencia a la delusión, reacciones violentas o agresivas de defensa, agresividad explosiva y posibilidad de suicidio.

b. Psicosis crónica paranoide caracterizada por la manifestación gradual de las delusiones con tendencia a la cronicidad, delusiones de infidelidad o persecutorias, alucinaciones raras.

c. Estado de excitación psicomotora caracterizado por delirios de grandeza, fuga de ideas, delusión con excitación maniaca, trastornos comportamentales, conducta incongruente, agresividad y disforia.

d. Seudodemencia inducida por cocaína caracterizada por la reducción de intereses y motivaciones, demencia con trastornos neurológicos, posibles delusiones y confabulaciones y trastornos físicos generales.

e. Síndrome del tipo Korsakov caracterizado por amnesia, confabulación y confusión.

Estas consecuencias psiquiátricas a largo plazo se desarrollan gradualmente y de forma paralela a un devastamiento comenzando por los hábitos más diferenciados como los valores morales, éticos; a continuación, los hábitos intermedios como los laborales, estudio y, finalmente, los hábitos primarios de cuidado personal, alimentación, etc. (Navarro, 1989).

El consumo de *crack* en Estados Unidos y de pasta básica de cocaína (PBC) en Latinoamérica ha provocado una epidemia con un incremento masivo de consumidores crónicos por su gran poder adictivo (probablemente favorecido por la vía de absorción pulmonar). En el caso del *crack*, el 80% de la cocaína aspirada pasa a la sangre y llega al cerebro; con la PBC, sólo el 6% sigue el mismo proceso, y como la destrucción de la cocaína es rápida, esta última forma resulta ser la más adictiva. Se han encontrado sujetos que fumaban hasta 300 cigarrillos mezclados con PBC en 24 horas (Navarro, 1992). Asimismo, el consumo de PBC en sujetos dependientes muestra un perfil psicopatológico peculiar diferente a las otras vías (Navarro, 1989). En una primera fase, numerosos sujetos informan

a. Uso reciente de un opiáceo.

b. Cambios conductuales desadaptativos durante o inmediatamente después del uso de la sustancia; por ejemplo, euforia inicial seguida de apatía, disforia, enlentecimiento o agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad sociolaboral.

c. Constricción pupilar (o dilatación pupilar debido a anoxia tras grave sobredosis) y uno (o más) de los siguientes síntomas desarrollados durante o inmediatamente después del uso de la sustancia: somnolencia o coma, lenguaje farfullante y deterioro de la atención o de la memoria.

d. Todo ello no está provocado por ningún otro trastorno mental o físico.

Las experiencias anteriores con drogas, las expectativas, la situación y otros factores ambientales, así como la personalidad del consumidor, pueden moldear la experiencia, tanto cualitativa como cuantitativamente. La interpretación de varios hallazgos psicológicos se complica por el breve período inicial de estimulación, fundamentalmente autonómica, seguido por un período más largo, de dos a tres horas, de un estado con mareo, relajación y a menudo somnolencia con actividad simpática disminuida.

III.4.2. Abstinencia a la heroína

Los síntomas de abstinencia se precipitan por la interrupción o reducción del uso de la heroína. Los síntomas característicos son lagrimeo, dilatación pupilar, sudoración, rinorrea, diarrea, hipertensión, bostezos, taquicardia, fiebre e insomnio. Se asocian a una intensa intranquilidad, irritabilidad, temblor, debilidad, depresión, náuseas, vómitos y dolores osteomusculares y articulares.

Estos síntomas pueden desencadenarse después de una o dos semanas de consumo de un opiáceo o con la administración de un antagonista como la naloxona. Según numerosos estudios (Jones, 1979; Heishman y Stitzer, 1988; Higgins y cols., 1988), los síntomas de abstinencia precipitados por un antagonista opioide manifestados y observados fueron similares a los mostrados por los individuos que experimentaban una abstinencia espontánea a una dependencia crónica a opioides. El bostezo fue el signo objetivo más obvio. Esta similitud sugiere que el desarrollo de la dependencia física del opioide es un proceso continuo que empieza con la primera exposición. Debido a que la dependencia física puede perpetuar el abuso de opioides (Lindesmith, 1980) es esencial examinar la gama completa de su patrón de desarrollo para comprender completamente la etiología del abuso.

Los primeros síntomas de abstinencia a la heroína se presentan entre seis y ocho horas después de la administración de la última dosis, alcanzando su intensidad máxima al segundo o tercer día, y desaparece entre los siete y diez días.

El *DSM-IV* incluye los siguientes criterios para el diagnóstico de la abstinencia por opiáceos (American Psychiatric Association, 1994):

ciba de sus propias reacciones emocionales o maneras peculiares de interpretación del comportamiento observado.

Al recibir a un paciente drogodependiente, el entrevistador, que conoce las características generales de este trastorno, no deberá optar por una actitud de extrema permisibilidad ni de inflexibilidad no argumentada; deberá tornarse receptivo, flexible frente a las vicisitudes de los primeros contactos, con resonancia emocional, con buen humor, pero también con firmeza y, sobre todo, con asertividad en la formulación de preguntas usando la terminología más sencilla pero que a su vez estén catalizadas y dirigidas por la experiencia hacia la búsqueda de información relevante.

El adicto es una persona que ha incorporado muchos patrones de comportamiento dirigidos por esquemas cognitivos al servicio de comportamientos para perpetuar el estilo y filosofía de vida. Generalmente, el sujeto viene a la consulta por presión de los familiares, de otras personas o de instancias legales, siendo menor el número que viene por su propia decisión.

El entrevistador se marcará como meta de esta primera sesión que el paciente incorpore una secuencia de ideas de haber sido percibido por el entrevistador de manera cualitativamente diferente de lo que sucede en su ambiente natural (familia, amigos, etc.); es decir «él no me rechaza, tampoco justifica mi comportamiento [...]. Si sigo conversando con él creo que podría comprender mejor qué es lo que me está pasando». A continuación, se formularán preguntas dirigidas a la evaluación clínica del paciente, que en sesiones posteriores se sistematizarán en la historia clínica.

Si la persona ha sido enviada a la evaluación por consumir una sustancia específica, en esta primera entrevista se alude al consumo de la sustancia específica: «¿qué me puede usted decir acerca de ello?, ¿por qué cree usted que le enviaron aquí?».

Si la referencia es menos específica, se puede empezar de la siguiente forma: «En esta entrevista, deseo hablarle acerca del alcohol y otras drogas. En primer lugar, quiero que me diga cuál de éstas ha consumido usted alguna vez (café o té, alcohol, pastillas para dormir o tranquilizantes, anfetaminas, cigarrillos o tabaco). ¿Ha consumido marihuana o cocaína alguna vez?, ¿ha consumido LSD u hongos mágicos?, ¿ha inhalado pegamento o gasolina o usado heroína, morfina o jarabes para la tos o algo así?».

Por cada sustancia que la persona ha consumido en el pasado se le pregunta «¿ha consumido la sustancia en los últimos tres meses?, ¿con qué frecuencia?».

Las preguntas serán formuladas de forma concreta; por ejemplo, en relación al consumo: «¿Cuándo fue el último día que la consumió?, ¿qué consumió exactamente?, ¿cómo la ingirió?». Si fue por vía intravenosa: «¿Esterilizó la aguja?, ¿compartió la aguja?, ¿cuánta heroína consumió?, ¿durante cuánto tiempo?».

Dado que el consumo fuerte es visto como algo indeseable, los pacientes pueden subvalorar su consumo. Si el sujeto nos dice «he consumido medio gramo de coca», el terapeuta podría replicar «¿no fueron dos gramos o más?».

disminuir durante el seguimiento prolongado; así, durante 2,5 años de seguimiento en adictos a opiáceos, sólo un 5,4% presentó depresión, tanto en las evaluaciones iniciales como en las de seguimiento, y el 20,5% se había recuperado (Kosten, 1988).

La prevalencia del trastorno ciclotímico y del trastorno bipolar puede ser diez veces más elevada en consumidores de cocaína en comparación a los consumidores de heroína, sugiriendo la elección preferencial de cocaína por tales sujetos (Gawin y Kleber, 1986*a*, 1986*b*; Weiss, 1986, 1988). Sin embargo, debido a la coexistencia de un abuso crónico de la cocaína, no se puede asegurar que estos estudios representen una condición de predisposición psicopatológica, una psicopatología exacerbada por la cocaína o trastornos inducidos por la droga. De manera similar, la persistencia de tales estados durante la abstinencia prolongada no ha sido determinada.

c. *Trastornos de personalidad*. La prevalencia de trastornos de la personalidad en los adictos a opiáceos es de 26,5% (Kosten, 1988). Navarro y cols. (1992), en una muestra de 223 casos de dependientes de PBC, encontraron una prevalencia del 10%. Existe una enorme dificultad para el diagnóstico de personalidad antisocial, recurriendo aún a los criterios del *DSM-IV* y de otros exámenes psicológicos, en especial en aquellos sujetos no severamente alterados. Los factores socioculturales juegan en último caso también un papel importante que complica el diagnóstico en los casos límite. Cabe mencionar la personalidad límite, que pasa desapercibida con frecuencia cuando el entrevistador no es minucioso.

La prevalencia de los trastornos esquizofrénicos en la población de dependientes a heroína, cocaína y marihuana no parece ser significativamente mayor que en la población general (Navarro, 1992).

Todos los pacientes pueden desarrollar un síndrome de psicopatización secundaria que es menor en relación a la marihuana y prácticamente en un 100% en relación a la heroína y a la dependencia de la PBC.

IV.3. *Evaluación médica y fisiológica*

La proliferación de comunidades terapéuticas con la intención de incrementar la cobertura de tratamiento propicia que se descuide el examen médico de los pacientes. El hallazgo de patología médica es cada vez más frecuente; así, en los consumidores de heroína pueden encontrarse cuadros infecciosos diversos y en los últimos años han constituido el caldo de cultivo del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) transmitido a través de las jeringuillas contaminadas (Watters, Cheng y Lorvick, 1991). Son muy frecuentes los abcesos subdérmicos de carácter crónico en las extremidades superiores e inferiores, así como las embolias en diferentes órganos incluido el cerebro.

La cocaína inyectada con ausencia de esterilidad también produce infecciones por bacterias u hongos en diversos sistemas orgánicos. El material séptico es

La heroína es un potente depresor del sistema nervioso central, provocando bradicardia, hipotensión arterial, hipotermia, pupilas puntiformes, confusión sensorial, pudiendo llegar al embotamiento, la somnolencia, el sopor y el coma.

La mayoría de estos hallazgos de alteraciones fisiológicas puede repetirse experimentalmente; también puede replicarse el síndrome de abstinencia a la heroína en el laboratorio utilizando un antagonista como la naloxona. Después de una inyección de entre 3 a 30 mg/70 kg y de 18 mg/70 kg ó 30 mg/70 mg de morfina, se desencadenan síntomas correspondientes a la intoxicación por el opioide y síntomas de abstinencia (Heishman y Stitzer, 1988), y se observa una disminución de la presión arterial, así como una depresión respiratoria y miosis residual. La naloxona revierte estos efectos, observándose midriasis, incremento del ritmo respiratorio y de la frecuencia cardíaca y disminución de la temperatura cutánea. Adicionalmente, la naloxona precipita los signos subjetivos y objetivos de la abstinencia a opiáceos, siendo el bostezo y lagrimeo ocular las únicas características individuales que mostraron un significativo efecto debido a la dosis.

En un estudio realizado con 100 sujetos dependientes de la PBC, Navarro (1980) encuentra un incremento significativo de los potenciales theta de la actividad cortical, especialmente en las regiones parietotemporales. También se ha descrito un patrón de actividad cerebral en sujetos heroinómanos caracterizado por una desincronización, seguida de un aumento en la sincronización con altos voltajes de las frecuencias theta y delta. Todos estos hallazgos no pudieron replicarse posteriormente, y sólo recientemente con la tomografía computarizada se ha iniciado una nueva línea de investigación: la farmacoelectroencefalografía. Dolce, Bruno y Bestiaco (1991) en un estudio con sujetos dependientes de cocaína concluyeron que los valores registrados en el espectro electroencefalográfico presentan modificaciones significativas; la expresión de un estado funcional caracterizado por la pérdida de una modulación de señal permanece inalterada durante la hiperventilación, fotoestimulación, sonoestimulación, etc. Se puede decir que la estructura cerebral ha perdido su capacidad de adaptación por la notable disminución en el grado de libertad del sistema.

IV.4. *Evaluación del consumo de drogas*

La entrevista de diagnóstico puede ser complementada con técnicas adicionales de evaluación: autoinformes, informes de terceros significativos, observación directa, análisis de saliva, orina y sangre, y procedimientos farmacológicos para evaluar la tolerancia y la dependencia.

El autoinforme incluye la autoobservación, el autorregistro, las escalas y los inventarios. El empleo de cuestionarios es algo frecuente durante la entrevista o antes de ella con el objetivo de identificar el abuso o dependencia. Quizás el más conocido sea el *Michigan alcoholism screening test, MAST* [Test de evaluación para alcohólicos de Michigan] que incluye 25 ítems, y que sufrió varias modificaciones hasta llegar al *Drug abuse screening test, DAST* [Test de evaluación para

21 días después de la abstinencia (en el caso del alcohol) y un tiempo parecido en relación a la heroína y cocaína para capitalizar las ventajas de una recuperación completa o parcial del funcionamiento cognitivo.

Kendall (1992) describe y discute el pensamiento saludable, poniendo énfasis en el funcionamiento cognitivo (por ejemplo, contenido, proceso, producto y estructura). Dentro de estos rasgos cognitivos se proponen diferenciaciones específicas como la que concierne al pensamiento positivo frente al pensamiento negativo, así como el proceso deficiente de información frente al proceso distorsionado. Con este trabajo Kendall permite al clínico tener una unidad de referencia sobre salud mental realmente innovadora.

La teoría de la atribución (Coggans y Davies, 1988) muestra que las respuestas de las personas pueden servir a varias necesidades y funciones en donde la conducta parece estar funcionalmente relacionada con lo que va a ser explicado. Por ejemplo, la atribución de "adictos" sirvió a los propósitos de las explicaciones de fracasos anteriores para dejar la droga y proporciona la legitimación para continuar consumiéndola. La atribución se correlaciona con el *locus* de control externo.

La teoría de la expectativa refiere que las motivaciones cognitivas son funcionalmente autónomas e influyen indudablemente en el uso y abuso de drogas (Stacy, Newcomb y Bentler, 1991). Las medidas de autoeficacia desarrolladas por Bandura están dirigidas a hacer preguntas a las personas sobre su capacidad de abstenerse y controlar el consumo de la sustancia psicoactiva en situaciones específicas, y pueden ser utilizadas para predecir la recaída y desarrollar objetivos para el entrenamiento en habilidades. Finalmente, se deben evaluar todas las distorsiones cognitivas de acuerdo a los esquemas de Ellis y Beck.

IV.8. *Autoinformes*

La literatura evidencia que los autoinformes de los consumidores de drogas son confiables y exactos (Maisto, McKay y Connors, 1990), pero los datos son más enfáticamente marcados por la amplia variación en los hallazgos de exactitud, en las muestras y los procedimientos utilizados para obtenerlos. Un método de validez convergente parece esencial para poder evaluar lo adecuado que es el autoinforme.

Los informes verbales varían en cuanto a su exactitud dependiendo del contexto social, de la situación de recolección de datos, de las características personales del respondiente, de la definición de la labor del entrevistador, de la motivación del sujeto evaluado y de los procesos cognitivos que son necesarios para producir una respuesta.

Los métodos de investigación (Babor, Brown y Del Boca, 1990) dictaminan que la mejor manera de trabajar la distorsión de respuesta es incorporar pruebas de confiabilidad y validez cuando es apropiado considerar cuidadosamente la elección de medidas de criterio, el uso de múltiples medidas, trabajar los datos

sers, and other clinical groups on the 16PF. *The International Journal of the Addictions, 26*, 1019-1054.
Stacy, A. W., Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1991). Cognitive motivation and drug use: a 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 502-515.
Watters, J. K., Cheng, Y. y Lorvick, J. (1991). Drug-use profiles, race, age and risk of HIV infection among intravenous drug users in San Francisco. *The International Journal of the Addictions, 26*, 1247-1261.
Weiss, R. D. (1986). Psychopathology in chronic abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 12*, 17-29.
Weiss, R. D. (1988). Psychopathology in drug abusers in their families. *The Yale Journal of Biology and Medicine, 61*, 123-136.
Wikler, A. (1978). Dynamics of drug dependence: implications of a conditioning theory for research and treatment. En S. Fisher y A. Freedman (Comps.) *Opiate addiction: origins and treatment*. Nueva York. Wiley.
Wilk, T. (1987). Medical and biological consecuences of cocaine abuse. En A. M. Washton y M. S. Gold (Comps.) *Cocaine: a clinician's handbook*. Nueva York. Guilford Press.
Wise, R. (1984). Neural mechanisms of the reinforcing action of cocaine. *NIDA Research Monograph 50*, 15-33.
Wright, L. S. (1985). High School polydrug users and abusers. *Adolescence, 20*, 849-861.
Zablocki, B., Aidala, A., Hansell, S. y White, H. R. (1991). Marijuana use, introspectiveness, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 65-79.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Graña, J. L. (Comp.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid. Debate.
Navarro, R. (1989). Aspectos clínicos de la dependencia a la pasta básica de cocaína. En F. R. León y R. Castro de la Mata (Comps.) *Pasta básica de cocaína: un estudio multidisciplinario*. Lima. CEDRO.
Navarro, R. (1992) *Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación.* Lima. Ediciones Libro Amigo.

19. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

María Ángeles Mayor y Rosa María Rivas

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos veinte años, la evaluación de los procesos lingüísticos y comunicativos, así como de las dificultades que comprometen su normal desarrollo, ha sido objeto de un interés creciente por parte de diferentes profesionales procedentes tanto del ámbito de la psicología clínica como de la educativa. La realidad actual sigue siendo un reflejo de este interés diverso, de tal modo que para explicar las razones de su mantenimiento, resulta inevitable acudir a contribuciones cuya procedencia refleja puntos de vista bien distintos. A lo largo de las dos últimas décadas el concepto de evaluación de los trastornos del lenguaje ha ido evolucionando de forma paralela a la progresiva renovación de las teorías sobre la naturaleza y estructura del lenguaje, sobre su desarrollo, así como en relación con sus diversos tipos de alteraciones y orientaciones para la intervención en los mismos. Por tanto, no es difícil comprender que los diferentes marcos que se han ido perfilando para abordar la evaluación hayan asumido, a su vez, procedimientos específicos con los que llevarla a cabo (véase Lund y Duchan, 1983; Cantwell y Baker, 1987; Hammil, 1987; Howell y Morehead, 1987; Roth, 1990; Van Kleeck y Richardson, 1990). A continuación nos referiremos a la evolución de estos procedimientos, teniendo en cuenta el modo en que los diversos enfoques teóricos han definido los trastornos del lenguaje y la evaluación misma, abordando esta última desde el punto de vista de sus objetivos, dimensiones y procedimientos.

Las primeras nociones referidas a los trastornos específicos del lenguaje que suceden durante la infancia y la niñez, fueron aportadas en la segunda década del siglo XIX por neurólogos que trataban de establecer comparaciones entre los trastornos del lenguaje hallados en niños y los que presentaban pacientes adultos con lesiones. La suposición de que debían existir mecanismos comunes a ambos tipos de alteración determinó que surgieran términos como los de "afasia infantil" o "afasia congénita". De forma paralela, el intento de establecer las bases del funcionamiento anormal del cerebro infantil fue haciendo necesaria la utilización de procedimientos de evaluación como los registros electroencefalográficos (EEG), las autopsias cerebrales o las técnicas de evaluación de lateralización cerebral.

Universidad de Salamanca y Universidad de Santiago de Compostela.

aparición de dificultades y establecer pautas para una reeducación de las mismas. Por otro lado, algunas de las dificultades del lenguaje, concretamente las referidas a la adquisición de habilidades instrumentales como la lectura (dislexia) han sido objeto de una reconceptualización a partir de la corriente psicolingüística (Alegría, 1985; Content, 1985; Mattingly, 1987; Sánchez, 1990*a*) hecho que, unido al de las aportaciones de la psicología de la instrucción, hace posible concebir la evaluación desde la perspectiva de «la instrucción como diagnóstico» (Orrantia y Sánchez, 1994).

Un segundo ámbito desde el que la evaluación de los trastornos del lenguaje ha recibido un renovado interés es el de la neuropsicología. Las aportaciones de esta disciplina, interesada en el estudio de la participación y desarrollo de aquellas estructuras que mediatizan los procesos lingüísticos, junto a otros procesos superiores, han estado referidas, en los últimos años, a la evaluación de aquellos trastornos específicos de la edad escolar, en relación al lenguaje oral (Kirk, 1983; Bishop y Mogford, 1988; Dennis, 1988; Rapin y Allen, 1988), al lenguaje escrito (Hynd y Obrutz, 1981; Rourke, 1983; Rourke, Fisk y Strang, 1986; Aaron, 1989), así como a los que afectan prioritariamente a la población adulta (Lezak, 1983; Manning, 1992). Desde esta orientación, la evaluación de las dificultades del lenguaje parte de los supuestos de plasticidad cerebral y estructura modular de la mente (Gardner, 1987), y asume el objetivo de inferir la naturaleza de las operaciones intelectuales del sujeto mediante la observación y la aplicación de procedimientos de evaluación para favorecer su adaptabilidad mediante la utilización de los recursos educativos adecuados.

A modo de síntesis, cabe admitir que en la actualidad el objetivo de la evaluación de los problemas del lenguaje reside en la obtención de información relativa al modo en que se alteran los procesos de percepción, comprensión y producción que subyacen a esas dificultades del lenguaje y la comunicación (sea durante su instauración y desarrollo, o una vez que han llegado a ser funcionales), información que está referida también a las estrategias que ha generado el sujeto para "resolver" esas dificultades, así como al contexto en que surgen o se manifiestan dichos problemas. Sin duda alguna, el cambio de perspectiva al que nos hemos referido responde a una transformación más amplia del interés de la psicología, la cual ha pasado de estar centrada en la evaluación de conductas, a polarizarse en la identificación de los procesos que se hayan en la base de éstas. Este cambio de orientación, puede ser calificado de determinante en la medida en que ha supuesto un salto cualitativo desde la evaluación entendida con fines fundamentalmente diagnósticos, a su conceptualización con una finalidad más "dinámica" (Rothman y Semmel, 1990) que pretende emitir un juicio sobre el comportamiento lingüístico observado, tomar decisiones para la adopción de procedimientos que garanticen la mejora del mismo y valorar el grado de aprovechamiento de las ayudas que se proporcionan al sujeto para el desarrollo de nuevas estrategias.

II. LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Hasta ahora nos hemos referido a los diferentes ámbitos que se han venido interesando en la evaluación de las dificultades del lenguaje, y a la consiguiente redefinición de los objetivos, dimensiones y procedimientos de evaluación que se han derivado de los mismos. En este punto, interesa dar un paso más y abordar dos aspectos. En primer lugar, considerar el concepto mismo de "trastorno del lenguaje", tratando de esclarecer qué aspectos recoge actualmente esta denominación. En un segundo momento, nos referiremos al tema de la clasificación de los trastornos del lenguaje, en un intento de dar explicación a la existencia de diferentes taxonomías, y de evaluar aquellas que puedan servir de marco de referencia en el que situar los diferentes tipos de dificultades lingüísticas.

II.1. *Concepto de "trastornos del lenguaje"*

Existe un hecho evidente y es que, a pesar de que las dificultades que afectan al desarrollo del lenguaje fueron identificadas hace bastante tiempo —las primeras referencias descritas con cierto rigor aparecen a principios del siglo XIX—, y de que se ha producido una continua implicación de profesionales desde diferentes disciplinas, la naturaleza y definición de los trastornos del lenguaje mantiene límites imprecisos todavía. Un ejemplo de esto lo encontramos en la gran variedad de términos existentes que se refieren a los trastornos del lenguaje.

Cualquier lector interesado en los "problemas del lenguaje", habrá tenido ocasión de encontrarse, al consultar alguna de las numerosas publicaciones existentes en este campo, frente a denominaciones tan dispares como: "trastorno", "desventaja", "alteración", "disfunción", "distorsión", "defecto", etc. Sin duda, en la elección de uno u otro término subyacen cuestiones sociológicas, académicas y profesionales cuyo análisis trataremos de realizar más adelante. No obstante, la coexistencia de esta diversidad terminológica, constituye un claro reflejo del solapamiento de intereses que caracteriza al ámbito que nos ocupa. Desde nuestro punto de vista, si tuviésemos que optar por alguna denominación, el término "dificultad" ofrece, entre otras ventajas, la de ser suficientemente neutral como para que podamos utilizarlo de modo genérico; no obstante, este término exigirá ser acotado dependiendo de las diferentes áreas en que surja. De cualquier modo, entender la convivencia de esta diversa terminología hace necesario revisar el momento y el ámbito de su aparición, aspecto al que nos referiremos a continuación.

Más allá de las diferentes denominaciones, el principal problema con el que nos encontramos a la hora de delimitar el concepto de "trastornos del lenguaje", radica en la diversa naturaleza que subyace a las dificultades que se acogen bajo esta denominación, así como en los diferentes grados de dificultad que pueden presentarse en cada uno de ellos. La explicación a la pregunta de por qué el len-

Una vez revisados los criterios generales de clasificación, seguidamente se ofrecen algunas clasificaciones de los trastornos del lenguaje, surgidas a partir de las perspectivas médica, lingüística y descriptivo-conductual.

II.2.1. La aproximación médica

La clasificación tradicional de los trastornos del lenguaje ha asumido un marco médico, en el que se contemplan diversos criterios etiológicos y funcionales. Bishop y Rosenbloom (1987) presentan la siguiente taxonomía:

a. Trastorno puro del habla (por ejemplo, disfonía, disfluencia y disartria).
b. Trastorno secundario por pérdida auditiva.
c. Trastorno del lenguaje asociado a alteración intelectual más general, y secundario a alteración o daño cerebral.
d. Afasia originada por lesión cerebral adquirida, una vez desarrollado el lenguaje.
e. Trastorno del lenguaje asociado con alteraciones psiquiátricas o conductuales.
f. Trastorno del lenguaje como consecuencia de privación ambiental.
g. Trastorno del lenguaje no atribuible a causas anteriores: "trastorno específico del desarrollo del lenguaje" o "disfasia de desarrollo".

Una clasificación de este tipo intenta separar categorías diagnósticas, empleando una variedad de criterios que a menudo se solapan. Así, las diferentes etiquetas pueden ser utilizadas para describir características clínicas observadas (por ejemplo, disfluencia), indicar mecanismos subyacentes (por ejemplo, pérdida auditiva) o indicar la etiología (síndrome de rubéola). Por el contrario, a menudo ignoran los procesos alterados que se hallan en la base. Esta taxonomía aporta un listado de las etiquetas usuales en ciertas situaciones médicas y no tanto un sistema coherente de categorización y explicación de los trastornos. Por ello, frente a ciertas dificultades, como por ejemplo un trastorno del lenguaje secundario a un déficit intelectual, el punto de vista médico no nos dice nada acerca de la causa y la naturaleza de la lesión cerebral que provoca el déficit ni, más específicamente, sobre la posible evolución individual.

De modo similar, a partir de la clasificación anterior, la categoría de "disfasia de desarrollo" o "trastorno específico del desarrollo del lenguaje" no queda claramente definida. En primer lugar, se sugiere que obedece a una condición única, mientras que la denominación se aplica según criterios negativos (por ejemplo, ausencia de pérdida auditiva, déficit intelectual, alteración física o trastorno emocional), de tal modo que es posible encontrar una gran variedad de patrones en este grupo. Por otro lado, la etiología se supone heterogénea, puesto que el término "desarrollo" no nos dice si el trastorno es secundario a una lesión estructural congénita o a anomalías funcionales del cerebro. Como consecuencia

este contexto se sitúa la clasificación propuesta por Hutt (1986), en la que se distinguen cinco categorías o tipos de trastornos del lenguaje oral:

a. Trastorno fonológico, relacionado con el sistema que utiliza el niño para vocalizar sonidos que él piensa que está percibiendo.
b. Trastorno sintáctico, en relación al sistema usado para secuenciar las palabras que el niño pretende decir.
c. Trastorno morfológico, relacionado con los finales de palabras que modifican el significado de aquellas a los que van unidos.
d. Trastorno semántico, basado en el significado de las palabras, oraciones, etcétera.
e. Trastorno pragmático, relacionado con los usos del lenguaje.

Según la misma autora, en algunos niños aparece frecuentemente más de una de las dificultades anteriores, lo cual hace necesaria la estimación diferencial de errores propios de una "inmadurez" con respecto a los que establece la taxonomía.

Los modelos médico y lingüístico han sido considerados frecuentemente como contrapuestos, en la medida en que el primero se ha centrado en aspectos etiológicos y patológicos, y el segundo en las características clínicas observadas. Frente a esta concepción dicotómica, Bishop y Rosembloom (1987) defienden la necesidad de emplear criterios procedentes de ambos marcos, con el fin de establecer una descripción adecuada del trastorno; la clasificación que proponen es la siguiente:

a. Déficit estructural o sensoriomotor de los mecanismos del habla.
  — Anormalidades estructurales congénitas
  — Alteraciones neuromotoras
  — Enfermedades que afectan temporalmente a los mecanismos del habla
b. Pérdida auditiva.
  — Sordera neurosensorial
  — Sordera conductiva
c. Lesión o disfunción adquirida prenatal o perinatalmente.
  — Alteraciones cromosómicas
  — Hidrocefalia
  — Autismo infantil
d. Lesión o disfunción cerebral adquirida en la infancia.
  — Lesiones cerebrales localizadas
  — Afasia adquirida con alteración convulsiva (síndrome de Landau-Kleffner)
  — Alteraciones degenerativas
e. Alteraciones emocionales y conductuales.
  — Mutismo electivo
f. Privación ambiental.
g. Trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje de origen desconocido.
  — Disfemia

— Apraxia del habla de desarrollo
— Retraso del desarrollo del lenguaje
— Problemas específicos en aspectos formales del lenguaje: síndrome fonológico-sintáctico
— Problemas específicos con el contenido y uso del lenguaje: trastorno semántico-pragmático
— Trastornos de impercepción auditiva y audición central

II.2.3. La aproximación descriptivo-conductual

La ausencia de consenso en cuanto a un modelo teórico que permita clasificar y definir los trastornos del lenguaje, ha dado lugar a taxonomías como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Esta clasificación es un sistema de categorización de las dificultades que asume una perspectiva ateórica, fenomenológica y descriptiva; es decir, los trastornos son descritos en términos de sus características esenciales, aspectos asociados, edad de inicio, etc., con el objetivo de diagnosticar cada trastorno en función de sus características esenciales. Los trastornos que afectan al desarrollo del lenguaje son clasificados como "generalizados" o "específicos", incluyendo dentro de estos últimos los que se refieren al lenguaje oral o escrito. Esta clasificación considera los criterios "lenguaje" y "habla", antes mencionados, pero discrimina además entre dificultades referidas a la "articulación", "expresión" y "recepción", subsanando algunos de los inconvenientes antes mencionados, derivados de ese criterio dicotómico. Por último, considera separadamente trastornos del lenguaje oral y escrito. A continuación, exponemos una selección de los trastornos fundamentales que afectan a la comunicación, el habla y el lenguaje:

a. Trastornos generalizados del desarrollo: autismo (deterioro de la comunicación).
b. Trastornos específicos del desarrollo.
   1. Trastornos del lenguaje y del habla
      — Trastorno del desarrollo en la articulación
      — Trastorno del desarrollo en el lenguaje de tipo expresivo
      — Trastorno del desarrollo en el lenguaje de tipo receptivo
   2. Trastorno de las habilidades académicas
      — Trastorno del desarrollo en la escritura
      — Trastorno del desarrollo en la lectura

Por último, podemos mencionar dentro de esta orientación, la clasificación que establece en 1990 la *International classification of diseases* (ICD-10):

Trastornos del desarrollo psicológico

a. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
   — Trastorno específico de la articulación del habla

dad de los estímulos que recibe, y de evaluar también el papel que juega el adulto a la hora de posibilitarlo. Para ello es necesario comprobar cómo opera el niño, partiendo de la observación de su conducta y del efecto que ejercen, sobre la misma, las conductas de los otros. Por ejemplo, la evaluación del juego de ficción permite determinar si el niño es capaz de planificar y regular su conducta en función de imágenes mentales y un lenguaje interiorizado.

Sin duda, todos estos cambios deben hacernos reflexionar sobre la nueva apreciación de las funciones que se demandan del especialista en lenguaje, el cual comienza a vislumbrarse más como un constructor de hipótesis que como un mero administrador de pruebas por lo que se refiere a la evaluación de la competencia lingüística y comunicativa del niño.

La diferencia entre los enfoques empírico y evolutivo, a la que nos referíamos previamente, viene a resolverse actualmente en su complementariedad a la hora de definir un tipo de intervención que, incidiendo en los procesos lingüísticos más afectados, y dando prioridad dentro de éstos a los aspectos pragmáticos, considere la disponibilidad de los recursos educativos y/o terapéuticos y su efectividad sobre el conjunto de las dimensiones del desarrollo y el aprendizaje. En la actualidad, los modelos de intervención tienden a agruparse en función del "cómo" han de ser planteadas las estrategias para favorecer el aprendizaje del lenguaje. Así, se ha producido una cierta independencia de un único planteamiento teórico de base para hacer hincapié en la descripción detallada de las secuencias que han de recorrer las estrategias de aprendizaje, con el fin de conseguir un nivel óptimo de competencia comunicativa por parte del sujeto.

Con respecto a los procedimientos de evaluación de los trastornos del lenguaje, el cambio de perspectiva mencionado ha suscitado un debate en torno al uso exclusivo de los tests estandarizados, paralelamente a un renovado interés por el empleo de procedimientos de evaluación que posibilitan una descripción cualitativa de los procesos lingüísticos, procedimientos como la observación, el análisis del lenguaje o el empleo de pruebas no estandarizadas. No obstante, tal y como hemos mencionado, en la actualidad, la mayoría de los especialistas opta por planteamientos eclécticos, tratando de tener en cuenta, tanto la descripción detallada y los métodos de verificación que aporta la evaluación estandarizada desde el enfoque empírico, como la importancia concedida a los aspectos comunicativos, a la interacción y la actuación sobre el entorno social del niño, recogidos por los procedimientos de evaluación no estandarizada que proponen las nuevas corrientes de la psicolingüística.

Esta distinción entre procedimientos normalizados y procedimientos de evaluación informal es aceptada por la mayoría de los autores, aunque podemos encontrar diferentes clasificaciones (Cantwell y Baker, 1987; Hammil, 1987). A continuación, consideraremos los procedimientos de evaluación de los trastornos del lenguaje que permiten dar solución a los distintos objetivos que puede plantearse el especialista, según estime oportuno realizar una evaluación general de las habilidades lingüísticas del niño, o un examen más a fondo de su

competencia en niveles específicos (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático).

III.1. *Procedimientos de evaluación estandarizada*

El cambio que se ha venido produciendo a la hora de considerar tanto el proceso de evaluación en general como el de evaluación de la conducta lingüística en particular, ha generado un buen número de críticas hacia la utilización de tests o procedimientos estandarizados de evaluación. No obstante, tal y como ya hemos mencionado, el empleo de los mismos constituye una opción plenamente válida, siempre que asumamos algunos criterios: a) que su utilización no suponga la exclusión de otros procedimientos existentes para la evaluación del lenguaje (Miller, 1986); b) que su empleo esté realmente justificado, es decir, que parta de la evidencia de datos observados, los cuales refieran la existencia de un problema que necesita ser identificado de forma precisa y c) que su aplicación se realice siguiendo las condiciones que se especifican para cada prueba, y que la interpretación de los datos obtenidos a partir de su aplicación tenga en cuenta la información previa acerca del problema y el modo en que la persona afectada se ha venido enfrentando al mismo.

A continuación, describiremos algunos de los tests estandarizados de uso más habitual. Un aspecto que se constata frecuentemente al revisar este tipo de pruebas es que muchas de ellas han sido elaboradas originalmente en inglés, de tal modo que han tenido que ser adaptadas posteriormente a nuestro contexto lingüístico con el fin de hacer posible su empleo. Conscientes de que este hecho puede constituir una limitación, hemos tratado de recoger aquí, de forma prioritaria, aquellos tests que, o bien cuentan con baremos obtenidos a partir de población de habla castellana, o bien sus condiciones de aplicación permiten un nivel de ajuste tal, que han hecho de ellos un instrumento de uso común en nuestro medio lingüístico.

La revisión que presentamos no pretende ser exhaustiva, puesto que el número de pruebas disponibles en el mercado es muy amplio. Nuestro objetivo ha sido el de ofrecer una guía útil para la evaluación de las dificultades del lenguaje, tratando de recoger aquellos tests que cuentan con un mayor aval en el ámbito clínico, e intentando facilitar al lector no sólo el conocimiento de los mismos, sino la elección de uno u otro en función de los objetivos que cada profesional se plantee en la evaluación. De acuerdo con estos criterios, a continuación se presenta una descripción de las pruebas, considerando los siguientes apartados: autor, fundamentación teórica, contenidos, condiciones de aplicación, indicaciones, tipificación y, en algunos casos, posibles inconvenientes.

Entre los tests a los que nos referiremos, cabe plantear una primera distinción entre aquellos que consideran las capacidades lingüísticas en general y los que están referidos a dimensiones específicas del lenguaje (fonología, morfosintaxis y semántica) y la comunicación (pragmática). Los primeros (las escalas

ITPA, *Reynell*, *PLON*) están especialmente aconsejados cuando lo que necesitamos es una evaluación general del nivel de desarrollo lingüístico del niño, mientras que el segundo tipo de tests (el resto de los que aquí referiremos) ha de ser empleado cuando precisamos una evaluación más exhaustiva de alguna de las dimensiones mencionadas. El cuadro 19.1 muestra un resumen de algunos tests para la evaluación de los trastornos del lenguaje.

III.1.1. «*Illinois test psicolinguistic aptitudes, ITPA* [Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas]» de Kirk y cols. (1986)

Esta prueba está basada en una versión modificada del *modelo de comunicación de Osgood* de 1957 y en el *modelo clínico de Wepman* de 1960. El *modelo de comunicación de Osgood* consta de dos procesos —recepción y expresión—, y de tres niveles —proyectivo, de integración y de representación— que afectan a los dos procesos. El modelo clínico del *ITPA* se diferencia del de Osgood en la incorporación de pruebas de memoria (secuencial auditiva y secuencial visual). Se trata de un modelo tridimensional que incluye: a) dos canales de comunicación (visomotor y auditivo-vocal), a través de los que se procesa la información procedente de ambas modalidades sensoriales; b) tres procesos de comunicación (receptivo, de asociación y expresivo), implicando sucesivamente tres momentos referidos al procesamiento de información; c) dos niveles de organización (automático y representativo), el primero menos voluntario pero altamente organizado, y el segundo referido al empleo de símbolos y a los procesos de comunicación.

Cada uno de los doce subtests que incluye, trata de medir una función específica desde sus tres dimensiones (nivel de organización, proceso y canal). En el nivel representativo hay seis subtests: a) al proceso receptivo corresponden "recepción auditiva" (evalúa comprensión de material presentado verbalmente) y "recepción visual" (evalúa la capacidad de interpretar el significado de símbolos visuales); b) en el proceso asociativo se incluye la "asociación auditiva" (analogías verbales que estiman la capacidad para relacionar conceptos presentados oralmente) y "asociación visual" (evalúa la capacidad de relacionar conceptos presentados visualmente); c) en el proceso expresivo se estiman "expresión verbal" (con dos secciones destinadas a determinar la capacidad para expresar conceptos verbalmente) y "expresión motora" (evalúa la capacidad de expresar ideas mímicamente). En el nivel automático hay también seis subtests. En cuanto a la integración se incluye: a) la "integración gramatical", que mide la habilidad de usar automáticamente la sintaxis y los hábitos gramaticales por medio de técnicas de completamiento de frases; b) el "cierre auditivo", en el que el sujeto tiene que reproducir una palabra que se le presenta con algunos sonidos omitidos; c) el "agrupamiento de sonidos" (test complementario), que evalúa la capacidad para sintetizar sonidos separados de una palabra, con el fin de producir la palabra completa ; y d) el "cierre visual", que implica que el sujeto tenga que reconocer un objeto representado en tres modalidades diferentes. Para la

memoria secuencial hay dos pruebas: una, la visual, para evaluar la capacidad de reproducir de memoria secuencias de figuras no significativas que van aumentando en cantidad; y otra, la auditiva, que evalúa la capacidad de repetir mnémicamente secuencias de dígitos que también aumentan progresivamente desde dos hasta ocho.

La aplicación del *ITPA* es de carácter individual y, aunque fue diseñado para ser aplicado en una sola sesión, cabe la posibilidad de hacerlo en dos, siempre que no estén demasiado espaciadas. El tiempo de administración puede variar de acuerdo con las características del sujeto. Se recomienda para niños entre dos y diez años. Puede ser utilizado ante la posible presencia de dificultades en el proceso de comunicación y/o de aprendizaje. Algunos de los subtests pueden ser aplicados a sujetos afectados de una severa discapacidad oral.

Aunque el *ITPA* fue tipificado con población estadounidense, contamos con baremos obtenidos a partir de población española. Las unidades de medida se han expresado por medio de puntuaciones directas y edades psicolingüísticas para cada subtest por separado, así como para el conjunto total de ellos. Por último, incorpora tablas de puntuaciones típicas normalizadas.

Entre sus inconvenientes resulta destacable, en primer lugar, la gran cantidad de tiempo que requiere su aplicación. Este aspecto puede ser resuelto si se da prioridad a aquellos subtests que pueden ser de mayor utilidad diagnóstica en cada caso. Un segundo inconveniente más complejo, que ya ha sido mencionado, es el relativo al modelo lineal del desarrollo sobre el que se asienta esta prueba, lo que supone una falta de consideración a los aspectos pragmáticos del lenguaje. Por ello, este test estaría recomendado únicamente para la obtención de un nivel general de desarrollo en ciertas habilidades; posteriormente, se necesitaría recurrir a otros procedimientos complementarios de evaluación.

III.1.2. «Escala de desarrollo lingüístico, RDLS» (Reynell, 1969; Germain, Valdivieso, Pensa y Berdicewski, 1975)

Los trabajos de su autor (Reynell, 1969) están influidos por los de Vigotski y Luria. Su modelo asume la integración de los procesos implicados en el desarrollo del lenguaje. De acuerdo con Luria, Reynell sostiene que en torno a los cinco años, el lenguaje es el instrumento que dirige y regula la conducta. De igual modo, considera que en cada nivel de edad la comprensión verbal y el lenguaje expresivo corren parejos con el desarrollo de las habilidades cognitivas. Según lo mencionado, esta escala permite evaluar desde una perspectiva evolutiva la formación de conceptos y el pensamiento simbólico presentes en la comprensión y expresión verbales.

La prueba consta de tres escalas; dos corresponden al lenguaje comprensivo (una para niños sin dificultades y otra para niños con problemas motores y con dificultades de lenguaje severas), y la tercera al lenguaje expresivo. La escala de comprensión verbal para niños sin dificultades evalúa los siguientes aspectos:

piada para su uso clínico con sujetos retrasados, sobre todo con niños que no leen o que tienen problemas con el lenguaje escrito.

La adaptación española se hizo con una muestra de sujetos de cuatro, seis, nueve y trece años procedentes de Madrid y otros municipios cercanos. La corrección de la prueba requiere el cálculo del intervalo crítico, partiendo del establecimiento correcto del nivel donde se debe comenzar el test (elemento base o grupo más alto de 8 respuestas consecutivas que contengan 6 errores). Una vez establecidas las puntuaciones directas se convierten en derivadas. Asimismo, se aporta la puntuación percentil correspondiente y la edad de desarrollo equivalente.

El coeficiente de fiabilidad obtenido para la mitad del test fue de 0,93, y el coeficiente de fiabilidad del test completo fue de 0,96. En general, las correlaciones entre puntuaciones del *TVIP* y las puntuaciones con tests individuales de inteligencia oscilan entre 0,38 y 0,72.

III.1.5. «Test de conceptos básicos Boehm» (Boehm, 1967)

El test fue concebido para evaluar y facilitar la solución de los retrasos iniciales en la comprensión de conceptos y en el desarrollo del lenguaje, debidos ambos frecuentemente, al aprendizaje preescolar no idóneo.

Los criterios de selección de conceptos exigían que los que fueran a constituir ítems del test estuvieran representados en la comprensión de las instrucciones que aparecían usualmente en los programas didácticos, y sobre los cuales los alumnos recibían escasa o ninguna explicación. Se llegó a la selección de cincuenta conceptos, que los autores del material y programas preescolares daban por supuesto que eran necesarios para que los niños asimilaran las enseñanzas de la escuela. Los conceptos se refieren principalmente a los siguientes contenidos: espacio-localización, dirección, dimensiones, cantidad y tiempo. Después de pequeñas revisiones encaminadas a conseguir mayor brevedad y claridad, los cincuenta elementos seleccionados fueron distribuidos, por orden de dificultad creciente, en dos cuadernillos. Para evitar las dificultades de lectura que los niños poseen normalmente en esta edad, constituye una condición especial la presentación gráfica de estos elementos.

La prueba consta de cincuenta elementos gráficos presentados en dos cuadernillos. Cada elemento consiste en un conjunto de dibujos sobre los que el examinador lee en voz alta algunas frases a los niños, describiéndole brevemente los dibujos, y teniendo los niños que señalar o marcar en caso de aplicación colectiva los que se refieren a un determinado concepto que se les propone. Para facilitar su aplicación en dos sesiones, los dos cuadernillos de los que consta la prueba vienen con la mitad de los elementos en cada uno de ellos.

La aplicación puede ser individual o colectiva, pero en el caso de la segunda opción tienen que ser grupos reducidos, no superiores a diez sujetos. El tiempo de aplicación no tiene límite y generalmente cada sesión tiene una duración de

mayores dificultades es la de conseguir una interacción positiva entre el terapeuta y el niño. Para ello, deberá emplearse un tiempo inicial de toma de contacto. En ocasiones podemos contar con la ayuda de los padres o de otro niño de edad similar, especialmente hasta la edad de cuatro años. La presencia de un material seleccionado cuidadosamente (muñecos, marionetas, juegos temáticos, láminas representando escenas, etc.) favorecerá sin duda este aspecto.

b. *El registro y la transcripción*

Con el fin de garantizar la fiabilidad del registro habitualmente se emplean sistemas de grabación (vídeo, magnetófono, etc.). Una vez hecho el registro, el siguiente paso es la transcripción de las producciones lingüísticas, siguiendo los criterios de transcribir las producciones verbales del niño y de los interlocutores, y anotar las observaciones acerca de los gestos y acciones de los mismos. Para ello, puede definirse un formato en la hoja de registro donde consten cuatro categorías: verbalizaciones del niño, gestos del niño, verbalizaciones de los interlocutores y gestos de éstos (Siguán, Colomina y Vila, 1990).

c. *El análisis del lenguaje*

El análisis del lenguaje exige tratar de establecer una separación entre fonología, morfosintaxis y semántica, y pragmática. En el primer nivel (análisis fonológico) podemos plantearnos dos objetivos: el nivel de adquisición de los fonemas, en sus distintas categorías y posiciones (inicial, media y final) dentro de la sílaba, y el análisis de los procesos fonológicos que realiza el niño para resolver sus dificultades (Bosch, 1983; Ingram, 1983).

La distinción entre semántica y morfosintaxis resulta compleja a partir del análisis del lenguaje espontáneo. Los modelos acerca del desarrollo plantean una íntima relación entre ambos niveles. A pesar de ello, habitualmente se acepta que las categorías descritas por la gramática tradicional son las más adecuadas para establecer una clasificación de los aspectos morfológicos que domina el niño, independientemente del marco evolutivo del que partamos. Así, la distinción entre las diferentes categorías morfológicas (artículo, preposición, verbo, pronombre, etc.) y las flexiones propias del castellano (género, número, etc.) pueden servirnos para establecer el nivel en el que se halla el niño en cuanto a su dominio. Por lo que se refiere a la sintaxis, nos interesa evaluar el tipo de construcciones sintácticas que habitualmente son empleadas de forma correcta, y la complejidad de los sintagmas que las componen. Por otro lado, es necesario identificar aquellas oraciones que contienen errores u omisiones, con el fin de establecer si responden al nivel de desarrollo esperado o existe alguna dificultad determinada con alguna estructura en particular (Howell y Morehead, 1987).

Si ahondamos un poco en el análisis de la compleja relación existente dentro de la oración entre semántica y sintaxis, hemos de aceptar que las distinciones básicas (agente, acción y objeto) pueden considerarse semánticas y sintácticas al

tarea exige que el niño juzgue si los sonidos que oye dentro de sílabas o palabras son correctos o no.

d. Emparejamiento de un sonido producido internamente y un criterio interno. El niño ha de producir el sonido establecido como objetivo y a continuación juzgar si su producción es correcta.

• Vocabulario. Si hemos comprobado mediante la aplicación de una prueba estandarizada que el niño presenta problemas en la comprensión de palabras simples, entonces debemos analizar si el déficit es generalizado, o bien se refiere únicamente a algunas clases de palabras. Para ello, podríamos establecer categorías según un criterio semántico (por ejemplo, animales, muebles, juguetes, ocupaciones, etc.), o bien un criterio morfológico (por ejemplo, nombres, acciones, pronombres, adjetivos, etc.). El formato de presentación debería ser la identificación de la palabra objeto de evaluación mediante designación múltiple de imágenes. De ese modo, puede esclarecerse si el niño responde erróneamente a ciertas categorías de palabras o sólo a un buen número de palabras inespecíficas, es decir, no referidas a una clase determinada.

• Sintaxis/semántica. La evaluación de la comprensión lingüística pone de manifiesto la necesidad de considerar la interrelación entre los niveles semántico y sintáctico. Por ejemplo, la noción de plural (por ejemplo, "cosas"), que implica "más de uno", guarda su correspondencia morfosintáctica con la aplicación de un morfema a la palabra referida al singular ("cosa" + /s/). Partiendo de lo mencionado, existen diferentes posibilidades para evaluar este nivel (Bellugui-Klima, 1971). En general, deben tenerse en cuenta algunos criterios, como por ejemplo eliminar las posibles claves contextuales, asegurarse que el niño conozca el vocabulario implicado, y que los objetos empleados sean familiares para él. El formato podría consistir en lo siguiente: a) se presenta una serie de objetos; b) el examinador emite dos oraciones opuestas, y c) el niño "escenifica", empleando los objetos, las dos oraciones escuchadas (por ejemplo, «el coche es empujado por el camión», «el camión es empujado por el coche»). Otra posibilidad puede consistir en presentar dibujos de escenas y solicitar su designación. De ese modo, pueden evaluarse diferentes nociones como inflexión singular/plural de nombres y adjetivos, declaraciones afirmativas/negativas, inflexiones singular/plural de nombres junto a inflexiones de verbos, preguntas afirmativas/negativas, afijos negativos, formas reflexivas, comparativos, oraciones pasivas, etcétera.

a.2. Evaluación de la producción lingüística

En el presente apartado nos referiremos a los siguientes aspectos: a) mecanismos implicados en la producción del habla, b) producción articulatoria, c) sintaxis y d) semántica.

• Mecanismos implicados en la producción del habla. Como requisito previo a la evaluación de la calidad articulatoria es necesario analizar el funcionamiento de los mecanismos básicos sobre los que se asienta la articulación. Así, podemos diferenciar el nivel de eficacia funcional considerando tres niveles:

a. Mecanismos del habla en reposo

— Dificultades en la posición general del cuerpo (por ejemplo, balanceo en posición sentada, balanceo de la cabeza o reflejos tónicos del cuello).
— Alteraciones en la configuración general y control muscular (por ejemplo, simetría, configuración y musculatura facial, boca, musculatura torácica y abdominal).

b. Control de la musculatura voluntaria del habla en reposo (por ejemplo, mandíbula, labios, lengua, oclusión dental, paladar, laringe y músculos de la respiración).
c. Control de la musculatura voluntaria durante el habla.

• Dificultades en la coordinación de los articuladores durante el habla (por ejemplo, movimiento de músculos articuladores —fonemas nasales, labiales, velares, etc.—, y movimiento de músculos en respiración, fonación —inicio y mantenimiento—, y calidad del cierre velo-faríngeo en fricativas y oclusivas).

— Dificultades en la fonación y resonancia (por ejemplo, tono e intensidad).
— Producción de sonidos del habla.

En este punto de la evaluación deberíamos tratar de responder a las siguientes preguntas: a) ¿qué sonidos produce de forma incorrecta? (análisis fonémico), b) ¿cómo produce el niño los errores articulatorios? (mecanismos de lenguaje oral), c) ¿cuál es la variabilidad de esos errores?, y d) ¿por qué articula incorrectamente? (dificultad en discriminación de sonidos, anomalías estructurales, déficit en habilidades neuromusculares o modelo lingüístico inapropiado). En ocasiones, la respuesta a estas preguntas no resulta sencilla, especialmente cuando nos encontramos ante niños con problemas "funcionales" de articulación, en cuyo lenguaje aparecen también dificultades semánticas y sintácticas. A continuación mencionamos algunos aspectos referidos a cada uno de estos niveles.

• Producción sintáctica. La evaluación de la producción sintáctica admite dos tipos de procedimientos: el análisis de una muestra de lenguaje espontáneo y a continuación el cálculo del *MLU*, al que ya nos hemos referido, y el uso de tareas de elicitación de la producción, a las que nos referiremos seguidamente.
Las técnicas de elicitación pueden ser utilizadas cuando necesitamos evaluar aspectos específicos del lenguaje, en el caso de que algunas estructuras aparez-

Dore, J. (1975). Holophrases, speech acts and language universals. *Journal of Child Language, 2*, 21-41.
Dunn, L. M. (1959). *Peabody Picture Vocabulary Test: original edition*. USA. American Guidance Service.
Dunn, L. M. (1981). *Peabody Picture Vocabulary Test-Revised*. USA. American Guidance Service.
Gardner, H. (1987). *Estructuras de la mente*. México. Fondo de Cultura Económica (Orig. 1983).
Germain, L., Valdivieso, A., Pensa, X. y Berdicewski, O. (1975). *Estandarización del Test de lenguaje de J. Reynell*. Santiago de Chile. Escuela de Medicina.
Goodman, R. (1987). The developmental neurobiology of language. En W. Yule y M. Rutter (Comps.) *Language development and disorders*. Londres. MacKeith Press.
Halliday, M. A. K. (1975). *Learning how to mean*. Londres. Arnold.
Hammil, D. (1987). *Assessing the abilities and instructional needs of students*. Austin, Texas. PRO-ED.
Howell, K. W. y Morehead, M. K. (1987). Language. En K. W. Howell y M. K. Morehead (Comps.) *Curriculum-based evaluation for special and remedial education*. Columbus, Oh. Merril Publishing Company.
Howlin, P. y Kendall, L. (1991). Assessing children with language tests-which tests to use? *British Journal of Disorder of Communication, 26*, 355-367.
Hutt , E. (1986). *Teaching language-disorder children. A structured curriculum*. Baltimore. Edward Arnold.
Hynd, G. y Obrutz, J. E. (1981). *Neuropsychological assessment and the school-age child. Issues and procedures*. Nueva York. Grune and Stratton.
Ingram, D. (1983). *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona. Médica y Técnica (Orig. 1976).
Kirk, U. (1983). *Neuropsychology of language, reading and spelling*. Nueva York. Academic Press.
Kirk, S., McCarthy, J. y Kirk, W. (1986). *Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas*. Madrid. TEA (Orig. 1968).
Lambert, J. L., Rondal, J. A. y Seron, X. (1988). Intervención lingüística. Problemas y perspectivas. En J. A. Rondal y X. Seron (Comps.) *Trastornos del lenguaje*. Barcelona. Paidós (Orig. 1982).
Lee, L. (1974). *Developmental sentence analysis*. Evanston, Il. Nothwestern University Press.
Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment*. Nueva York. Oxford University Press.
Lund, N. J. y Duchan, J. F. (1983). *Assessing children's language in naturalistic contexts*. Nueva Jersey. Prentice-Hall.
Manning, L. (1992). *Introducción a la neuropsicología cognitiva del lenguaje. Teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia*. Madrid. Trotta.
Mattingly, I. G. (1987). *La intervención en la escritura y el aprendizaje de la lectura*. Comunicación presentada en el V Simposio de Patología del Lenguaje. Salamanca, España.
Mayor, M. A. (1991). La pragmática del lenguaje. Consideraciones para la intervención. *Lenguaje y Comunicación, 7*, 17-21.
Mayor, M. A. (1994). Lenguaje oral. En M. Á. Verdugo (Comp.) *La evaluación curricular*. Madrid. Siglo XXI.

a. La incorporación del concepto de conducta adaptativa como parte de la definición.

b. La reducción del límite de la puntuación del cociente intelectual (CI), quedando excluidas de la definición aquellas personas con un CI entre 70 y 85, que se consideran con inteligencia baja y no con retraso mental.

c. La extensión del límite superior de edad para el diagnóstico inicial (en primer lugar para ofrecer servicio a un mayor número de adolescentes y jóvenes que presentan deficiencia neurológica severa, y en segundo lugar para incluir a todos aquellos sujetos que pueden presentar retraso mental como consecuencia de accidentes y abuso de sustancias tóxicas).

d. Desechar la noción de permanencia a lo largo de toda la vida como parte del concepto.

Estos cambios surgen en primer lugar ante la evidencia de que la utilización exclusiva de las puntuaciones de CI no predice adecuadamente el nivel de funcionamiento en la edad adulta y, en segundo lugar, ante los resultados de numerosos estudios que demuestran que las intervenciones específicas y los ambientes de apoyo pueden facilitar enormemente el desarrollo y la mejora de sujetos con puntuaciones muy bajas de CI. La noción de retraso mental como una característica permanente de la persona se ha visto modificada gracias a los estudios etnográficos y longitudinales y a los datos empíricos obtenidos, en los que se puede ver cómo muchos niños y adolescentes, considerados retrasados mentales medios durante su escolarización, no son etiquetados como tales en las etapas previa y posterior a la escuela.

Paralelamente a los cambios en la concepción del retraso mental, se va produciendo una evolución positiva en el tratamiento del mismo: planteamientos normalizadores e integradores, desarrollo de métodos más eficaces, consideración de la modificabilidad cognitiva en distintas edades y la emergencia de movimientos que reclaman los derechos de las personas con retraso mental. En la actualidad son comunes las referencias a la normalización, desinstitucionalización, ambiente menos restrictivo, integración, inclusión, calidad de vida y conceptos similares. Estas palabras constituyen un reflejo del actual enfoque más positivo y esperanzador para estas personas, más humano y también más tecnológico.

En el año 1992 se produce un *cambio de paradigma* con la definición y concepción del retraso mental. La nueva propuesta presentada por la AAMR (*Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*; Luckasson y cols., 1992) es una alternativa coherente y completa las prácticas de evaluación e intervención centradas exclusivamente en el individuo. La magnitud de los cambios es de tal calibre y tiene tales implicaciones que requiere una exposición detenida. La evaluación de las personas con retraso mental en el futuro debe responder a las directrices y orientaciones recogidas en esa propuesta.

realizar evaluaciones más precisas, especificando la(s) destreza(s) o área(s) afectadas.

2. Frente a la conceptualización y evaluación tradicional de las habilidades conductuales "desadaptativas" entendidas como conductas emitidas en exceso e indeseables o inapropiadas, ahora se pasa a considerar que éstas constituyen a menudo una respuesta a las condiciones ambientales y, en algunos casos, a una falta de habilidades alternativas de comunicación. Por esta razón, el concepto de comportamiento desadaptativo se excluye de la dimensión I, quedando incluido en la dimensión II.

3. Se clarifica la importancia evolutiva de determinadas destrezas. La importancia de contar con un repertorio determinado de destrezas en cada una de las áreas adaptativas propuestas dependerá de la edad del sujeto, siendo pertinente su evaluación cuando la edad cronológica del sujeto así lo determine.

4. Es un intento de otorgar un mayor peso diagnóstico a las habilidades adaptativas frente a la excesiva confianza depositada en las medidas de inteligencia, favoreciendo, además, el desarrollo y perfeccionamiento de medidas válidas para la toma de decisiones sobre necesidades de apoyos y desarrollo de programas.

Las áreas de habilidades adaptativas que es preciso evaluar para efectuar el diagnóstico de retraso mental son (Luckasson y cols., 1992):

1. *Comunicación:* habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (por ejemplo, palabra hablada, palabra escrita/ortografía, símbolos gráficos y lenguaje de signos) o comportamientos no simbólicos (por ejemplo, expresión facial, movimiento corporal, tocar y gestos). Ejemplos concretos incluyen la capacidad de comprender o de recibir un consejo, una emoción, una felicitación, un comentario, una protesta o un rechazo.

2. *Autocuidado:* habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.

3. *Habilidades de vida en el hogar:* habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, tales como el cuidado de la ropa, tareas del hogar, cuidado del hogar, preparación de comidas, planificación y elaboración de la lista de la compra, seguridad en el hogar, planificación diaria. Habilidades asociadas incluyen la orientación y el comportamiento en el hogar y en el vecindario, comunicación de preferencias y necesidades, interacción social y aplicación de habilidades académicas funcionales en el hogar.

4. *Habilidades sociales:* relacionadas con intercambios sociales con otros individuos, incluyendo el iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; recibir y responder a las claves o pistas situacionales pertinentes; reconocer sentimientos, proporcionar *feedback* positivo y negativo; regular el comportamiento de uno mismo, ser consciente de la existencia de iguales y aceptación de éstos; calibrar la cantidad y el tipo de interacción con otros; ayudar a otros; ha-

y 5) participar en la comunidad, sintiendo que se forma parte de una red social de familiares y amigos.

Los factores ambientales más importantes relacionados con el fomento del *bienestar* incluyen: el bienestar físico (salud y seguridad personal); material (confort material y seguridad económica); social (actividades comunitarias y cívicas); estimulación y desarrollo cognitivo; ocio y tiempo libre adecuado, y trabajo interesante y remunerado. Un ambiente óptimo debe ofrecer además *estabilidad*, debe ser un ambiente predictible y susceptible de control. Esta estabilidad es importante para la mejora del aprendizaje y la afiliación emocional, facilita la formación de sistemas de apoyo social y reduce el estrés.

Para evaluar la presencia de estas características en un determinado ambiente es necesario observar a la persona en su ambiente y responder a las preguntas relacionadas con lo que esa persona está haciendo, dónde lo está haciendo, con quién lo está haciendo y qué otra cosa desearía hacer o hacer "además de". Ello requiere, asimismo, analizar la educación, modo de vida y entornos de empleo del sujeto, para determinar qué características del entorno están facilitando o inhibiendo esos factores de desarrollo y calidad de vida.

II.5.3. Tercer paso: perfil e intensidad de los apoyos necesarios

El tercer paso requiere que un equipo interdisciplinar determine la intensidad de los apoyos que el sujeto necesita en cada una de las cuatro dimensiones. Esto supone un cambio sustancial frente a la concepción anterior del retraso mental, donde el tipo de intervención y expectativas de logro venían determinadas por el CI y por las etiquetas diagnósticas a que daban lugar los diferentes niveles de funcionamiento *(ligero, medio, severo y profundo)*. A partir de estos momentos se establecen cuatro niveles posibles de intensidad de los apoyos: intermitente, limitado, extenso y generalizado. Para identificar el perfil e intensidad de los apoyos requeridos es necesario analizar las demandas ambientales y los posibles sistemas de apoyos (por ejemplo, personas, prótesis y/o adaptaciones del entorno) que puedan suplir las carencias existentes. Las intensidades de los apoyos se definen y clasifican tal como se recoge en el cuadro 20.2:

III. ACTUACIONES Y MÉTODOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

El diagnóstico de retraso mental se basa en un enfoque multidimensional. Con este enfoque, el clínico trata de que su diagnóstico constituya una descripción de los cambios necesarios para que el sujeto tenga más y mejores oportunidades para su desarrollo, así como de los cambios necesarios en el medio ambiente, en las actividades educativas y rehabilitadoras para mejorar las condiciones de vida

demandas y de las conductas mostradas por el sujeto que se relacionan con alteraciones en esas funciones subyacentes a las tareas.

En el cuadro 20.3 se presentan los tests recomendados por la AAMR más utilizados en la evaluación del funcionamiento intelectual de personas con retraso mental. Los datos relevantes para la selección de los instrumentos que serán utilizados en la evaluación son la edad cronológica del sujeto, los niveles de adaptación social y personal y las habilidades de lenguaje oral. En nuestro país las pruebas más utilizadas son las escalas de inteligencia de Wechsler (Wechsler, 1967, 1974, 1981), ya que la Stanford-Binet, 4.ª ed. y la batería de Kaufman para la evaluación de niños *(ABC)* no están adaptadas para la población española. Para los individuos que muestran deficiencias severas en lenguaje se suelen usar otras pruebas como la *Escala internacional de Leiter* (Arthur, 1952), el test de *Matrices progresivas escala color* (Raven, 1962), y la *Escala Columbia de madurez mental* (Burgemeister, Blum y Lorge, 1972), y para evaluar a los que tienen un funcionamiento extremadamente bajo se suelen usar escalas de desarrollo sensoriomotor como la *Escala ordinal de Uzgiris y Hunt* (1975), la *Casati-Lezine* (1968), o la *Escala de McCarthy* (1972).

III.1.3. El proceso en la evaluación de la inteligencia

Antes de realizar la evaluación de la inteligencia se debe considerar una variedad de fuentes de información que servirán de guía para planificar la evaluación y seleccionar las técnicas más adecuadas. Estas fuentes son la historia del sujeto (historia clínica), las observaciones iniciales de su conducta y la consideración de los propósitos de la evaluación.

En cuanto a la historia clínica, todo profesional debe asumir que existen distintos factores que, a lo largo de la vida del sujeto, han contribuido a la configuración del conjunto de capacidades y habilidades que denominamos inteligencia. De entre ellos destacamos, por ejemplo, la situación cultural, la psicológica, la salud física, y otros posibles elementos que han estado presentes en la vida de la persona antes de que el especialista vaya a iniciar la evaluación de la inteligencia, especialmente durante la infancia. Es precisamente la vulnerabilidad del CI a estos factores lo que hace que los tests de inteligencia sean clínicamente relevantes (Pruyser, 1979). Los distintos aspectos de la historia clínica configuran el marco en el que se realizará la evaluación inicial y se establecerán las primeras hipótesis sobre el funcionamiento intelectual del sujeto, así como sobre la naturaleza y el patrón evolutivo del sujeto en relación a su posible capacidad intelectual. La información que surge de una historia clínica constituye una imagen retrospectiva de la capacidad adaptativa e intelectual del sujeto; sobre su estabilidad o inestabilidad, dificultades crónicas o agudas, mejora o deterioro progresivo, fases de progreso, fases de deterioro y sobre otros aspectos.

La observación inicial del comportamiento del sujeto tiene relevancia clínica

intelectual por sí sólo no es suficiente para establecer un diagnóstico de retraso mental (Verdugo, 1995*a*).

Por otro lado, la evaluación de las habilidades de adaptación tiene gran utilidad de cara al establecimiento del repertorio de destrezas de que dispone el individuo y no sólo del repertorio de comportamientos "desadaptativos", favoreciéndose el desarrollo de procedimientos para planificar y tomar decisiones de cara a la intervención, apoyándose en los puntos fuertes del repertorio del sujeto para mejorar en sus puntos más débiles (Leland, 1991).

III.2.1. Instrumentos para evaluar las habilidades de adaptación

Hay dos cuestiones que debemos tener en cuenta para decidir cual es el instrumento de evaluación de las habilidades de adaptación que se va a utilizar. La primera de ellas es el propósito de la evaluación, que debe estar claramente definido. En general, las habilidades de adaptación se evalúan con el objetivo de clasificación o diagnóstico, o para propósitos de intervención o programación. Cuando el propósito es el diagnóstico, se debe elegir un instrumento de evaluación cuyos ítems representen adecuadamente un rango amplio de conducta adaptativa propia de población a la que pertenece el sujeto a evaluar (incluyendo edad y cultura). Si el propósito es la evaluación para la intervención, se deben utilizar pruebas que incluyan ítems referidos a criterio, ya que la evaluación debe adoptar un carácter curricular, incluyendo suficiente número de ítems por cada área de interés (comida, vestido, control de esfínteres, etcétera).

La segunda cuestión que se debe tener en cuenta se refiere a las propiedades psicométricas de las escalas que se vayan a utilizar. El clínico, en el momento de elegir la escala que piensa aplicar, debe preguntarse si dicha escala proporciona información suficiente sobre su fiabilidad y validez, si la escala en cuestión es apropiada para la población de referencia del sujeto, si las instrucciones de administración y puntuación son claras, si aporta normas para la interpretación de los resultados, etc. En cuanto a esta cuestión de las propiedades psicométricas y de estandarización, debemos considerar que las escalas de evaluación de las habilidades de adaptación no están exentas de las mismas críticas que se hacen a los instrumentos de evaluación de la inteligencia, los datos que se obtienen de estos instrumentos de evaluación deben considerarse una parte de todo el proceso de evaluación, y deben contrastarse con los datos procedentes de distintas fuentes de información como son los padres o tutores del sujeto evaluado, los responsables de su educación/rehabilitación y la observación directa en situaciones análogas a las reales (Verdugo, 1995*b*).

En el cuadro 20.3 se recogen los instrumentos de evaluación de las habilidades de adaptación más comúnmente utilizados. A continuación revisamos brevemente dos de los instrumentos de mayor utilidad y uso (la *Escala Vineland de madurez social* y el *Sistema de evaluación y registro West del comportamiento adaptativo Virginia-UAM*). El lector que desee ampliar en el conocimiento de

amplia variedad de deficiencias» (Martín y cols., 1990, p. 15) de cara a la programación de la intervención en la mejora de las habilidades de adaptación de la persona evaluada. Parte de la idea de que los comportamientos son producto de un aprendizaje y, por eso, pueden descomponerse en repertorios de conducta simples y, así, planificar adecuadamente la secuencia de entrenamiento para facilitar su adquisición. Las escalas de que está compuesto este instrumento, que están constituidas por ítems orientados a criterio —y a currículo— evalúan habilidades en 20 áreas que pueden agruparse en seis categorías: Sensorial, Motricidad, Autonomía personal, Comunicación, Aprendizajes escolares y Habilidades específicas. La administración de las escalas puede hacerse mediante entrevistas y mediante observación en situaciones naturales y artificiales. Los resultados se trasladan a un perfil en el que aparecen los niveles de ejecución para cada una de las áreas y subáreas, lo que facilita su uso tanto para realizar una descripción de los puntos fuertes y débiles del sujeto evaluado, como para generar programas de desarrollo individual, con objetivos a corto y largo plazo, y para evaluar la eficacia de los programas de enseñanza que se estén realizando. El manual proporciona información amplia sobre la validez del instrumento y sobre su fiabilidad.

El *Inventario para la planificación de servicios y la planificación individual (ICAP)* es un instrumento de evaluación adaptado para la población española por Montero (1993). Este instrumento fue desarrollado para evaluar distintas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicios de una persona. El *ICAP* puede utilizarse para registrar la información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, y actividades sociales y de tiempo libre. Su propósito, además de evaluar y orientar el programa de intervención, es contribuir a la planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencias y/o discapacidades.

IV. DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA A LA EVALUACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN

IV.1. *Evaluación de habilidades metacognitivas y de solución de problemas*

Durante los últimos 20 años se ha ido desarrollando la idea de que los métodos más eficaces de evaluación de habilidades intelectuales para la intervención son los que se agrupan bajo el nombre genérico de *evaluación dinámica* (Short y Evans, 1990). Siguiendo a Sattler (1988), tanto la evaluación tradicional o estática como la evaluación dinámica se centran en el mismo objetivo: evaluar las funciones cognitivas. Sin embargo, la evaluación dinámica también pretende es-

puede llevar a cabo una representación de papeles que proporcionará datos aproximados a los reales, o una entrevista a personas allegadas, cuya información puede ser orientativa, pero nunca definitiva, mientras no se vea al sujeto ejecutar la conducta objeto de evaluación. Durante la ejecución de la conducta por parte del sujeto, el profesional, además de identificar la presencia o ausencia de determinadas habilidades, debe identificar las condiciones bajo las que se mantiene el nivel actual de ejecución de la secuencia de conducta. Por ejemplo, el sujeto puede que sea capaz de realizar la secuencia de conductas gracias a un programa de refuerzo que no se podrá mantener en el contexto natural, o puede estar recibiendo ayudas que deberían desaparecer cuando tenga que ejecutar la secuencia de conductas en ausencia del profesor, etc. Estas variables deben ser tenidas en cuenta para la enseñanza posterior, puesto que deberían eliminarse antes de que concluyera el programa de enseñanza, para que la secuencia de conducta se pueda realizar bajo las condiciones más realistas posibles.

El siguiente paso en la evaluación funcional es identificar las discrepancias entre la ejecución del sujeto y los niveles de habilidad necesarios para la secuencia de conducta en un determinado contexto. Los objetivos de enseñanza se determinarán a partir de la lista de discrepancias que se elabore. Estos objetivos serán ordenados por prioridad seleccionando primero aquellos que requieren una atención más inmediata. Los objetivos no sólo serán conductas deficitarias o ausentes en el repertorio del sujeto, sino también habilidades que aún no están bajo el control de las condiciones ambientales naturales que operan de modo natural en el contexto donde se deberá ejecutar la conducta.

Finalmente, se debe evaluar si es necesario (o posible) hacer alguna adaptación para que el sujeto aprenda la secuencia de conductas y habilidades implicadas de modo más fácil y rápido. Por ejemplo, puede que sea necesario utilizar algún sistema alternativo de comunicación, poner rampas o pasamanos para facilitar la movilidad del sujeto, etcétera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbeduto, L. y Rosemberg, S. (1992). Linguistic communication in persons with mental retardation. En S. Warren y J. Reichle (Comps.) *Causes and effects in communication and language intervention*. Baltimore. Paul H. Brookes.

Allen, R. M. y Jefferson, T. W. (1962). *Psychological evaluation of the cerebral palsied person*. Baltimore Md. C C Thomas.

Arthur, G. (1952). *Leiter international performance scale*. Washington, DC. Psychological Service Center [trad. cast. Madrid. MEPSA].

Bricker, D. (1992). The changing nature of communication and language intervention.

En S. Warren y J. Reichle (Comps.) *Causes and effects in communication and language intervention*. Baltimore. Paul H. Brookes.

Brown, A. L., Bransford, J. D., Ferrara, R. A. y Campione, J. C. (1983). Learning, remembering and understanding. En P. H. Mussen (Comp.) *Handbook of child psychology: cognitive development* (vol. 3). Nueva York. Wiley.

Burgemeister, B. B., Blum, L. H. y Lorge, I. (1972). *Columbia mental maturity scale*. Nueva York. Harcourt, Brace, Jovanovich [trad. cast. Madrid. MEPSA].

Campione, J. C., Brown, A. L. y Ferrara, R. A. (1982). Mental retardation and intelligence. En R. J. Stemberg (Comp.) *Handbook of human intelligence*. Londres. Cambridge University Press [edición española: (1987). *Inteligencia humana II. Cognición personalidad e inteligencia*. Barcelona. Paidós].

Canal, R., Gutiérrez, B. y Verdugo M. Á. (1994). *Un sistema de evaluación de habilidades socio-comunicativas en personas con retraso mental que carecen de lenguaje oral.* Comunicación presentada en IV Jornadas de Intervención Social. Madrid. España.

Cipani, E. (1988). Functional skills and behavioral technology: identifying what to train and how to train it. En E. Cipani (Comp.) *Transitioning exceptional children and youth into the community*. Nueva York. Haworth Press.

Cipani, E. y Morrow, R. D. (1991). Educational assessment. En J. S. Matson y J. A. Mulick (Comps.) *Handbook of mental retardation*. Nueva York. Pergamon Press.

Cone, J. D. (1981). *The West Virginia assessment and tracking system*. West Virginia University.

Dickie, R. F. (1982). Still crazy after all those years: another look at the question of labelling and non-categorical conceptions of exceptional children. *Education and Treatment of Children*, *5*, 355-363.

Doll, E. A. (1965). *Vineland social maturity scale: condensed manual of directions*. Circle Pines, Mn. American Guidance Service.

Feuerstein, R. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: the learning potential assessment device, theory, instruments, and techniques*. Baltimore, Md. University Park Press.

Flavell, J. H., Fredericks, A. B. y Hoyt, J. D. (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology*, 3, 906-911.

Gallagher, J. J. (1976). The accrued and profane use of labelling. *Mental Retardation*, *14*, 2-3.

Grossman, H. J. (Comp.) (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC. American Association on Mental Deficiency.

Grossman, H. J. (Comp.) (1977). *Manual on terminology and classification* (ed. rev.). Washington, DC. American Association on Mental Deficiency.

Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. (3.ª rev.). Washington, DC. American Association on Mental Deficiency.

Hale, C. A. y Borkowski, J. G. (1991). Attention, memory and cognition. En J. Matson y J. A. Mulick (Comps.) *Handbook of mental retardation*. Nueva York. Pergamon Press.

Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, *65*, 499-500.

Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, *56*, Monograph Supplement (Rev.).

IV.1. *Ubicación de la persona en diferentes servicios o ambientes*

Toda persona durante su desarrollo tendrá diferentes ubicaciones y servicios que son determinados por sus características individuales, por las demandas propias del ambiente en que el sujeto interactúa y por las creencias sociales compartidas de lo que cada persona debe ser y aportar a su medio cultural. Por ello, una evaluación formal del niño tendrá lugar cuando su conducta no alcance las expectativas sociales esperadas durante su desarrollo, es decir, si su desarrollo no satisface las normas consideradas deseables para su edad y sexo. Normalmente, estas observaciones de los padres tienen lugar antes de que el niño alcance los tres años de edad y las quejas paternas más frecuentes se refieren a retrasos en el desarrollo del lenguaje, retraso psicomotor, sospechas de sordera, falta de conductas prosociales, alteraciones del sueño y alimentación, así como llanto injustificado (Lovaas, Newsom y Hickman, 1987; McClannahan, McGree, McDuff y Krantz, 1990). Esta serie de problemas enumerados incrementa la dificultad para establecer un posible rótulo diagnóstico, ya que generalmente se presentan áreas de mayor desarrollo mezcladas con áreas deficitarias y, por ende, es difícil una asignación diagnóstica que satisfaga a los evaluadores; quizá la pregunta principal que se podría plantear es si el niño debe ser diagnosticado como retrasado, autista o con desarrollo lento pero normal. Para poder tomar una decisión apropiada se requieren evaluaciones médicas, especialmente en lo que a medicina del desarrollo y neurología se refiere; también se hacen necesarias evaluaciones conductuales que permitan establecer el perfil conductual del niño.

De acuerdo con Newsom y Rincover (1981), el diagnóstico del autismo generalmente se hace cuando el niño muestra una carencia de respuesta social, falta de contacto ojo a ojo, ausencia de sonrisa social, flacidez o rigidez cuando se "alza"; cuando utiliza la mano de otra persona para obtener cosas; aplanamiento afectivo o falta de comprensión y gestos. Dependiendo de los resultados de la evaluación, se analizan las posibilidades de la ubicación del niño en los programas disponibles, variando desde permanecer en el hogar hasta ser institucionalizado. Para tomar cualquier decisión respecto a la ubicación del niño en un determinado programa, se deben considerar las características del programa y las demandas del mismo para los padres, la familia y el niño; así por ejemplo, si la recomendación fuese que permaneciese en el hogar, hay que analizar si los padres tienen el tiempo, las fuerzas y los conocimientos necesarios para tratar al niño, aparte de considerar ayudas externas como asesoramiento, materiales y equipo requerido. Un momento clave para la evaluación lo constituye su ingreso en el sistema educativo, ya que en dicho ambiente el niño es comparado con otros niños de manera expresa, y, si carece de las destrezas esperadas en dicho medio, es enviado a evaluación.

En el caso de niños autistas, al presentar marcadas diferencias en el desarrollo de lenguaje y conducta social (Charlop y Milsten, 1989), se hace más obvio

gencia a través de sus rangos, a diferencia de la Stanford-Binet que a partir del nivel de tercer año aumenta su peso en ítems verbales abstractos. Según recomienda Wechsler (1974) hay que tener dos precauciones cuando se aplica el WISC-R a niños autistas retrasados; por un lado, no se pueden obtener valores de CI menores de 40 y, por otro, no es recomendable el calcular la escala de CI completa a menos que el niño obtenga puntuaciones brutas mayores que cero en al menos tres subtests de las escalas verbal y de ejecución.

La *Wechsler preschool and primary scale of intelligence*, WPPSI [Escala de inteligencia de Wechsler para niños prescolares y de primaria] presenta un problema similar al WISC-R; la escala completa puede ser considerada válida sólo cuando dos subtests verbales y dos subtests de ejecución muestren puntuaciones brutas mayores que cero. La WPPSI es más difícil que el Stanford-Binet para niños de 4 a 6,6 años y, por lo tanto, se usa mucho menos con niños autistas pequeños.

La *Leiter international performance scale* [Escala internacional de rendimiento de Leiter] se ha utilizado como una alternativa a las escalas Stanford-Binet y Wechsler para niños autistas que estén funcionando a niveles superiores en la infancia, pero que son mudos, poco comunicativos o sordos. La ventaja principal de esta escala es que permite que el niño autista sea capaz de asociar un estímulo con el modelo proporcionado bajo un formato de trabajo poco usual, lo cual hace que su uso sea excluido para niños con retraso severo y profundo.

Cuando se quiere evaluar a los niños muy pequeños y con un nivel de funcionamiento muy bajo se pueden utilizar escalas de desarrollo como las *Scales of infant development* de Bayley, la *Catell-Binet short form* de Alpern y Kimberlin's y la *Infant intelligence scale* de Cattell. De las escalas de desarrollo utilizadas quizá la de mayor rango de aplicabilidad cuando se quiere evaluar a niños con retraso es la de Cattell-Binet, la cual extiende el rango de evaluación a un nivel de dos meses de edad, además de requerir para su administración menos de 20 minutos. Sus desventajas son el alto grado de juicio involucrado en la evaluación de muchos de los ítems y una falta de confiabilidad y validez de la información más allá de la que permite el artículo original basado en una pequeña muestra de niños autistas retardados (Newsom y Rincover, 1981).

VII.4. *Inventarios conductuales*

Se han desarrollado dos tipos de inventarios conductuales para utilizar con niños autistas: a) diagnósticos, cuyo objetivo es diferenciar a los niños autistas de otros niños afectados seriamente por otros problemas y, b) las descripciones que buscan identificar la presencia o ausencia de conductas consideradas como básicas para un funcionamiento normal.

En 1964, Rimland publica el libro *Autismo infantil: el síndrome y sus implicaciones para la teoría neural de la conducta*, en donde incluye un inventario con ochenta preguntas que deben ser contestadas por los padres de niños autis-

Newsom, C. y Rincover, A. (1981). Autism. En E. Mash y L. Terdal (Comps.) *Behavioral assessment of childhood disorders*. Nueva York. Guilford Press.
Ornitz, E. (1976). The modulation of sensory input and motor output in autistic children. En E. Schopler y J. Reichler (Comps.) *Psychopathology and child development: research and treatment*. Nueva York. Plenum Press.
Ornitz, E. y Ritvo, M. (1976). The syndrome of autism: a critical review. *American Journal of Psichiatry, 133*, 609-621.
Polaino-Lorente, A. (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid. Alhambra.
Rimland, B. (1964). *Infantile autism: the syndrome and its implications for the neural theory of behavior*. Nueva York. Appleton-Century-Crofts.
Rimland, B. (1974). Infantile autism: status and research. En A. Davids (Comp.) *Child personality and psychopathology*. Nueva York. Wiley.
Rincover, A. y Koegel, R. (1977). Classroom treatment of autistic children: II. Individualized instruction in a group. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5*, 113-126.
Rutter, M. (1974). The development of infantile autism. *Psychological Medicine, 4*, 147-163.
Rutter, M. (1977). Infantile autism and other child psychoses. En M. Rutter y L. Herson (Comps.) *Child psychiatry: modern approaches*. Oxford. Blackwell Scientific.
Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition. En M. Rutter y C. Schopler (Comps.) *Autism. A reappraisal of concepts and treatment*. Nueva York. Plenum Press.
Salvia, J. e Ysseldyke, J. (1978). *Assessment in special and remedial education*. Boston. Houghton Mifflin Company.
Sattler, J. (1982). *Assessment of children's intelligence and special abilities*. Boston Mas. Allyn and Bacon, Inc.
Schopler, E. y Olley, J. (1982). Comprehensive educational services for the autistic children: the TEACCH model. En C. Reynolds y T. Gutkim (Comps.) *The handbook of school psychology*. Nueva York. Wiley.
Schopler, E. y Reichler, R. (1979). *Individualized assessment and treatment of autistic and developmentally disabled children. Vol. 1. Psychoeducational profile*. Baltimore. University Park Press.
Schopler, E., Reichler, R. y Lansing, M. (1980). *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children. Vol. 2. Teaching strategies for parents and professionals*. Baltimore. University Park Press.
Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler intelligence*. Nueva York. Psychological Corporation.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Hobson, R. P. (1993). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid. Alianza.
Polaino-Lorente, A. (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid. Alhambra.
Rimland, B. (1964). *Infantile autism: the syndrome and its implications for the neural theory of behavior*. Nueva York. Appleton-Century-Crofts.
Rimland, B. (1974). Infantile autism: status and research. En A. David (Comp.) *Child personality and psychopathology*. Nueva York. Wiley.

respuestas que evocan [los sucesos vitales estresantes son aquellos que producen estrés]» (Thoits, 1983, p. 34).

La investigación basada en los sucesos vitales se ha desarrollado según dos métodos fundamentales. Un método ha consistido en centrarse en un único evento altamente traumático (remoto o reciente) y estudiar sus efectos sobre la salud. Son ejemplos de esta categoría los estudios sobre casos de estrés postraumático (por ejemplo, en supervivientes de la guerra del Vietnam), pérdida temprana de los padres, enfermedad terminal, confinamiento en campos de concentración y los desastres naturales (terremoto, inundación, etc.). Un segundo método se ha basado en procedimientos de multieventos, estudiándose el impacto del estrés reciente (por ejemplo, durante los dos últimos años) sobre la salud. Esta segunda orientación es la que ha tenido un desarrollo más significativo durante las dos últimas décadas, sobre todo por la proliferación de escalas de sucesos vitales (en gran medida derivadas de Holmes y Rahe) que han permitido cuantificar el estrés asociado a la acumulación de varios eventos ocurridos en períodos de tiempo determinados. Parece más lógico pensar que el estrés que experimenta una persona en la vida real obedece a múltiples sucesos, ya que raramente los individuos están expuestos al efecto de un solo evento durante un período de tiempo determinado. Esta línea ha aportado importantes pruebas empíricas sobre la implicación efectiva del estrés psicosocial en el comienzo y evolución de los trastornos orgánicos y psicológicos (Barrett, 1979; Thoits, 1983; Paykel y Dowlatshahi, 1988; Brown y Harris, 1989; Holmes y David, 1989; Sandín, 1993).

Algunos autores han diferenciado entre los niveles micro, *mezzo* y macro de las situaciones estresantes (Chiriboga, 1989). El nivel micro se refiere a sucesos menores o microeventos, esto es, a las experiencias diarias (problemas cotidianos). Son los estresores más comúnmente experimentados por la gente y parece que poseen una mayor relación con la salud que los sucesos vitales mayores. Se han investigado en menor grado que estos últimos, pero actualmente existen considerables trabajos empíricos, así como numerosas escalas de evaluación basadas en este tipo de eventos (véase *infra*). El nivel *mezzo* incluye aquellos estresores relacionados con situaciones que generalmente son menos frecuentes que los microestresores, pero que también actúan directamente sobre la persona. Esta categoría correspondería, por tanto, al campo que hemos señalado arriba bajo la denominación de sucesos vitales, denominación que, para diferenciarla de los sucesos menores suele referirse actualmente como sucesos vitales mayores. Finalmente, el nivel macro incluye estresores cuyo impacto primario es sobre la sociedad a nivel general, afectando al individuo de forma secundaria pero significativa. Son estresores de esta categoría acontecimientos generales como la amenaza de una guerra o las malas noticias económicas del país.

Fiske y Chiriboga (1985) han desarrollado la *Social problems scale* [Escala de problemas sociales] para evaluar el estrés desde el nivel macro. La escala consta de 14 ítems, sobre los cuales los sujetos deben estimar la intensidad con que han sido afectados por cada uno de los diferentes macroestresores. La escala parece

1983*b*; Morera y González de Rivera, 1983; González de Rivera, 1989; González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989).

IV.7. *«Cuestionario de sucesos vitales,* CSV*»*

La elaboración del *Cuestionario de sucesos vitales* por parte Sandín y Chorot (1987) tuvo como objetivo fundamental disponer de un procedimiento de evaluación de los sucesos vitales, aplicable a la población general, y ajustado al entorno sociocultural de España. Además, se buscaron dos objetivos complementarios; por una parte, contar con un instrumento de evaluación que tuviese en cuenta las distintas dimensiones asociadas a los sucesos vitales y, por otra, que el cuestionario evaluase los sucesos vitales según la percepción que el propio sujeto tiene de cada evento particular. Es decir, en lugar de adoptar el modelo de escalamiento de los sucesos vitales, asumido por una gran mayoría de autores, se intentaba disponer de un procedimiento más ajustado al modelo de Lazarus (véase Lazarus y Folkman, 1984), mediante el cual el individuo valorase su experiencia personal con cada evento.

El *CSV* ha experimentado algunas transformaciones desde su elaboración original. En la actualidad consta de una lista de 64 sucesos que cubren las siguientes áreas (subescalas): 1) trabajo, 2) amor y matrimonio, 3) hijos, 4) familia, 5) residencia, 6) social, 7) legal, 8) salud y 9) finanzas. Los eventos se seleccionaron, y en su caso se adaptaron, tomando como referencia el *SRE* del grupo de Holmes, la *ESV* de González de Rivera y Morera, la *PERI-LES* de Dohrenwend, y la *LES* de Sarason. Para estas subescalas se obtuvieron coeficientes alfa que oscilan entre 0,68 y 0,83, y entre 0,49 y 0,62 para las puntuaciones totales del cuestionario (Sandín, Chorot, Segura y Pardo, 1988). También hemos informado sobre la validez predictiva del *CSV*, utilizando como criterios la sintomatología somática, la enfermedad física y los trastornos de ansiedad (Sandín y Chorot, 1993; Sandín y cols., 1988).

Para completar el *CSV* el sujeto debe contestar si ha experimentado o no cada suceso en un período de tiempo determinado (generalmente durante el último año). Para aquellos eventos que sí hayan sido experienciados, el individuo indicará respecto a cada uno el grado de estrés experimentado (entendido éste como estrés/tensión) en un escala categorial de 1 a 4, el carácter positivo o negativo, esperado o inesperado, y controlable o incontrolable. Estas cuatro dimensiones asociadas a los sucesos vitales son evaluadas por el sujeto de acuerdo con su percepción de cada situación que, a su vez, se basa en su experiencia personal con el suceso en cuestión. Por tanto, aun considerando las notables diferencias entre ambos cuestionarios, el *CSV* sigue un sistema de evaluación categorial (no escalar) semejante al empleado en el *LES* por Sarason y cols. (1978), sistema que contrastaría con la orientación sugerida reiteradamente por Dohrenwend, pero que estaría en la línea indicada, también reiteradamente, por Lazarus; se trata de dos

consistencia interna (Thoits, 1983). De todos modos, si ambas hipótesis fuesen parcialmente válidas, tal vez los coeficientes alfa más apropiados sean aquellos que se sitúan en torno al 0,50. La evidencia empírica indica que son precisamente estos coeficientes los que se observan con mayor frecuencia.

La fiabilidad test-retest se ha establecido habitualmente mediante la correlación de Pearson entre dos evaluaciones separadas en el tiempo de los sucesos relativos a un período determinado (por ejemplo, un año; por supuesto, en ambas medidas debe evaluarse idéntico período de tiempo). Sin embargo, la correlación test-retest es sólo una parte de la fiabilidad test-retest, ya que únicamente muestra si existe estabilidad en las puntuaciones de sucesos vitales, sin señalar si sucesos específicos (los que indican, por ejemplo, un individuo o grupo determinado) son informados de manera fiable a través del tiempo (Zimmerman, 1983; Cohen, 1988). Como observan estos autores, la determinación de la fiabilidad test-retest debe considerar también la consistencia de la información referida a sucesos vitales específicos. Si para calcular la primera faceta se emplea el coeficiente de correlación, para determinar la segunda se ha sugerido el porcentaje de concordancia, o índice de acuerdo positivo (proporción de sucesos referidos en ambas ocasiones del test-retest).

Varias revisiones que han analizado la fiabilidad test-retest vienen a concluir que ésta es en general moderada si se trata de cuestionarios y elevada cuando se emplea la entrevista (Zimmerman, 1983; Neugebauer, 1984; Paykel, 1987; Brown, 1989). Así por ejemplo, la revisión de Paykel refleja, para el cuestionario, un rango de correlaciones que oscila entre 0,34 y 0,90 (un trabajo citado por Paykel constató correlaciones entre 0,07 y 0,34; no obstante, aparte de ser una excepción, en esta investigación el intervalo test-retest [2 años] y el período de evaluación cubierto [5 años] son excesivamente largos). Cuando se compara la correlación test-retest con el porcentaje de concordancia, generalmente este último suele ser más bajo. Por ejemplo, en su trabajo, Horowitz y cols. (1977) nos informan de una correlación test-retest de 0,82, y un porcentaje de concordancia del 70%. Para datos basados en métodos mixtos o intermedios entre cuestionario y entrevista, se han indicado valores más elevados en ambas variables (correlación e índice de acuerdo test-retest) que para cuestionarios, pero más bajos que para entrevistas puras. Utilizando el método de entrevista, la concordancia entre diferentes jueces para sucesos específicos siempre suele superar el 80%.

Una tercera vía de análisis de la fiabilidad ha consistido en estudiar la distribución de los sucesos vitales recordados a través del tiempo; esto se ha estudiado calculando el porcentaje de sucesos perdidos (caídas) por mes y referidos a un período de tiempo determinado. A partir de los estudios test-retest se ha observado que, con el paso del tiempo, se produce un decremento en las puntuaciones de sucesos vitales (los individuos informan de menos sucesos vitales cuando el período de evaluación está más distante). Este decremento sugiere un descenso del recuerdo, el cual es progresivamente mayor a medida que la evaluación se distancia de la primera aplicación. Algunas revisiones sobre este problema indican una caída por mes del 4-5% para datos de autoinforme, y del

1-3% para datos de entrevista (Paykel, 1987; Cohen, 1988). Por tanto, se observa que la entrevista parece ser menos susceptible a la contaminación retrospectiva por el paso del tiempo que los cuestionarios. Se han sugerido, además, algunos factores que de forma significativa podrían influir en el porcentaje de caídas. Uno de estos factores tiene que ver con las características de los propios sucesos; los sucesos más ambiguos, más positivos y/o menos severos tienden a presentar mayor olvido (Monroe, 1982; Wittchen, Essau, Hecht y Teder, 1989). Otro tiene que ver con características de los individuos; las personas de mayor nivel sociocultural y con mayores recursos sociales olvidan en menor grado los sucesos experimentados en el pasado (en cambio, no parece existir relación con la edad) (Funch y Marshall, 1984; Neugebauer, 1984; Cohen, 1988). Resumiendo, vemos que la fiabilidad puede estar influenciada por diversos factores, entre los cuales cabe destacar la duración del período de tiempo respecto al cual es aplicada la evaluación, la duración del intervalo test-retest, las características del suceso, las características del individuo, y el tipo (cuestionario o entrevista) y características (claridad y precisión en la formulación de los ítems) del instrumento de evaluación empleado.

V.2. *Validez*

De forma explícita, varios investigadores han estudiado la validez de los instrumentos de evaluación de los sucesos vitales basándose en niveles de concordancia, comparando la información obtenida a partir del sujeto con la obtenida sobre dicho sujeto por otro informador, que generalmente es un familiar (por ejemplo, el esposo/a) o amigo cercano que conoce bien a aquél (validez convergente o concurrente) (Paykel, 1983, 1987; Thoits, 1983; Sandler y Guenther, 1985; Fletcher, 1991). Algunos autores (Neugebauer, 1984; Fernández-Ballesteros y cols., 1987) han interpretado esta estrategia como una medida de fiabilidad.

Aunque existe una gran variabilidad en los datos de unas investigaciones a otras, dependiendo, por ejemplo, de los intervalos de tiempo o del tipo de instrumento de evaluación utilizado (véase Paykel, 1983, 1987), en general los niveles de concordancia oscilan entre moderados y altos. La evidencia empírica tiende a indicar que sistemáticamente se obtienen mejores índices de concordancia entre los informes del sujeto y el familiar cuando el instrumento de evaluación es la entrevista. Así, mientras que para la entrevista el porcentaje de acuerdo suele situarse frecuentemente cerca del 80%, para los autoinformes pocas veces supera el 50-60% (Thoits, 1983; Neugebauer, 1984; Paykel, 1987).

La validez de los procedimientos de evaluación del estrés que hasta aquí hemos discutido ha sido demostrada suficientemente a nivel concurrente o predictivo. Se han señalado relaciones significativas (análisis de correlación, regresión, etc.) con ansiedad, depresión, síntomas somáticos y otras variables emocionales negativas y de ajuste psicológico, así como también con diferentes tipos de tras-

(muchas listas de sucesos vitales incluyen ítems que implican síntomas), y el posible efecto de disposiciones personales como el afecto negativo (según Watson y Pennebaker [1989] el afecto negativo se identifica en gran medida con el autoinforme de estrés). Finalmente, cuando se pretenden establecer relaciones causales entre los sucesos vitales y la enfermedad o trastornos, debe tenerse en cuenta que los sucesos pueden estar producidos por el propio trastorno o por algún otro suceso (interrelación entre eventos).

VI. EL ESTRÉS COTIDIANO: EVALUACIÓN DE LOS SUCESOS MENORES

Como indicamos al comienzo del capítulo, los estresores también pueden conceptualizarse como elementos o fenómenos menores (nivel "micro"). Si bien es cierto que ya el propio Holmes evaluó y, en cierto modo, definió este tipo de estrés, también es verdad que la nueva orientación basada en los sucesos menores, originada fundamentalmente por el impulso de los trabajos del grupo de Lazarus a partir de la década de los años ochenta, surgió como una orientación de investigación del estrés psicosocial alternativa al clásico enfoque basado en los sucesos vitales (mayores).

Una de las críticas al enfoque basado en los sucesos vitales ha sido, como hemos visto atrás, que la acumulación de sucesos mayores (ponderados o no) a veces aporta una baja explicación de la varianza respecto a indicadores sobre alteraciones de salud (psíquica o física). Otro problema es que la investigación focalizada en los sucesos vitales generalmente implica diseños retrospectivos, con los inconvenientes que este tipo de diseños genera (contaminación retrospectiva, etc.). En cambio, la orientación basada en los sucesos menores es más asequible para configurar diseños longitudinales, obviándose tales problemas y permitiendo estudios que pongan a prueba relaciones causales entre el estrés y la salud. En parte como un intento de mejora y en parte como un revulsivo sobre el enfoque tradicional, esta nueva orientación está suponiendo un importante avance para la investigación del estrés y de sus efectos nocivos sobre la salud.

Los sucesos menores han sido conceptualizados en términos de contraste con los sucesos vitales (asumimos que, salvo excepción, cuando hablamos de sucesos vitales nos referimos a los sucesos mayores, tales como los descritos en secciones anteriores). Así, se diferencian de estos últimos por poseer un mayor potencial de ocurrencia diaria, un menor impacto sobre el individuo y por un mayor grado de significación proximal (mayor proximidad temporal) con los indicadores de salud (agravamiento, recurrencia de síntomas, etc.) (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Este tipo de "microeventos" (McLean, 1976), al ser más frecuentes (más crónicos) y menos intensos (por lo que suelen inducir en menor grado acciones compensatorias) que los sucesos vitales, podrían constituir mayores fuentes de estrés que estos últimos. De hecho, algunos autores han sugerido que este tipo de estrés diario es mejor predictor de los trastornos,

bilidades, etc.), 4) finanzas (por ejemplo, tener cargas económicas), 5) aceptabilidad social (por ejemplo, ser ignorado), y 6) victimización social (por ejemplo, ser timado o estafado).

Los sujetos contestan a la lista de sucesos (experiencias) estimando la intensidad con que han experimentado cada uno de ellos durante el pasado mes, según una escala tipo Likert, con un rango entre 1 («no ha formado parte de mi vida en absoluto») y 4 («ha formado parte de mi vida de forma muy intensa»). De esta forma, al no pedir a los sujetos que estimen el grado de severidad de estas experiencias, los autores pretenden obtener datos menos contaminados. Para cada individuo se obtiene una puntuación, que consiste en la suma de todos los valores estimados.

Los autores han hecho referencia a datos obtenidos con dos submuestras en favor de la fiabilidad y validez de la escala. Han señalado coeficientes alfa de 0,92 y 0,91 (correspondientes a las dos aplicaciones). La consistencia interna de la escala se ha demostrado también mediante la obtención de seis factores coherentes, enumerados anteriormente. Las correlaciones entre las subescalas basadas en estos factores fueron en general modestas, lo cual sugiere, como indican los autores, que la escala está relativamente libre de contaminación de factores psicológicos negativos. La forma abreviada (41 ítems) presenta coeficientes alfa semejantes a los de la forma larga. La validez concurrente fue analizada correlacionando las puntuaciones de la *SRLE* con una escala de estrés percibido que no comparte ítems con aquélla; las correlaciones fueron de 0,57 y 0,60 respectivamente para las dos submuestras.

En términos generales, pensamos que se trata de una escala de especial interés debido a que se ofrece como un instrumento descontaminado para la evaluación del estrés cotidiano. Si bien la escala parece estar diseñada para su aplicación mensual, a nuestro juicio también podría emplearse en estudios longitudinales con otros intervalos de tiempo, por ejemplo, semanal (y posiblemente en estudios de estrés diario). No obstante, tal vez sólo con su utilización en diferentes trabajos de investigación, sea posible conocer si realmente la escala está libre de los efectos de contaminación asociados a las emociones negativas. De hecho, en la reciente publicación de Kohn, Lafreniere y Gurevich (1991) se obtienen correlaciones elevadas entre la *ICSRLE* (una escala semejante diseñada para ser empleada con estudiantes) y el rasgo de ansiedad (r = 0,58), lo cual sugiere, a juicio de los autores, que posiblemente los sujetos subjetivamente sobreestimaron sus experiencias de contrariedades (experiencias negativas) al contestar a las alternativas de respuesta.

VI.6. *Problema de la subjetividad en la evaluación de los sucesos menores*

La subjetividad implícita en la mayoría de las escalas de sucesos menores ha sido planteada por algunos sectores (véase Dohrenwend y Shrout, 1985) como un

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (Comps.) (1986). *Social support, life events, and depression*. Londres. Academic Press.
Linn, M. (1985). A Global assessment of recent stress (GARS) scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 15*, 47-59.
Mason, J. W. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 30 (No. 5, Part II)*, 565-808.
Masuda, M. y Holmes T. H. (1978). Life events: perceptions and frecuences. *Psychosomatic Medicine, 40*, 236-261.
McLean, P. (1976). Depression as a specific response to stress. En I. G. Sarason y C. D. Spielberger (Comps.) *Stress and anxiety, vol. 3*. Washington, D.C. Hemisphere.
Mechanic, D. (1974). Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Comps.) *Stressful life events: their nature and effects*. Nueva York. Wiley.
Monroe, S. (1982). Assessment of life events: retrospective vs. concurrent strategies. *Archives of General Psychitry, 39*, 606-610.
Monroe, S. M. y Peterman, A. M. (1988). Life stress and psychopathology. En L. E. Cohen (Comp.) *Life events and psychological functioning: theoretical and methodological issues*. Newbury Park, Ca. SAGE.
Morera, A. L. y González de Rivera, J. L. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis, 6*, 253-260.
Murrel, S. A.; Norris, F. H. y Hutchins, G. L. (1984). Distribution and desirability of life events in older adults: population and policy implications. *Journal of Community Psychology, 12*, 301-311.
Neugebauer, R. (1984). The reliability of life-event reports. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Comps.) *Stressful life events and their contexts*. New Brunswick, NJ. Rutgers University Press.
Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research, 27*, 341-352.
Paykel, E. S. (1987). Methodology of life events research. En G. A. Fava y T. N. Wise (Comps.) *Research paradigms in psychosomatic medicine*. Nueva York. Karger.
Paykel, E. S. y Dowlatshahi, D. (1988). Life events and mental disorder. En S. Fisher y J. Reason (Comps.) *Handbook of life stress, cognition and health*. Nueva York. Wiley.
Paykel, E. S., McGuiness y Gómez, J. (1976). An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *British Journal of Medical Psychiatry, 49*, 237-248.
Paykel, E. S., Prusoff, B. A. y Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry, 25*, 327-333.
Pearlin, L., Meneghan, E., Lieberman, M. y Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356.
Rahe, R. H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 6*, 133-146.
Rahe, R. H. y Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies: past history and future directions. *Journal of Human Stress, 4*, 3-15.
Rahe, R. H., McKean, J. D. y Arthur, R. J. (1967). A longitudinal study of life change and illness patterns. *Journal of Psychosomatic Research, 10*, 355-366.
Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid. Siglo XXI.

of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology, 16,* 189-205.
Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96,* 234-254.
Wittchen, H. U., Essau, C. A., Hecht, H. y Teder, W. (1989). Reliability of life event assessments: test-retest reliability and fall-off effects of the Munich interview for the assessment of life events and conditions. *Journal of Affective Disorders, 16,* 77-91.
Wyler, A. R., Masuda, M. y Holmes, T. H. (1971). Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosomatic Medicine, 33,* 115-122.
Zautra, A. J., Guarnaccia, C. A., Reich, J. W. y Dohrenwend, B. P. (1988). The contribution of small events to stress and distress. En L. H. Cohen (Comp.) *Life events and psychological functioning: theoretical and methodological issues.* Newbury Park, Ca. SAGE.
Zimmerman, M. (1983). Methodological issues in the assessment of life events: a review of issues and research. *Clinical Psychology Review, 3,* 339-370.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Cohen, L. H. (Comp.) (1988). *Life events and psychological functioning: theoretical and methodologial issues.* Newbury Park, Ca. SAGE.
Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (Comps.) (1974). *Stressful life events: their nature and effects.* Nueva York. Wiley.
Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (Comps.) (1984). *Stressful life events and their contexts.* New Brunswick, NJ. Rutgers Univ. Press.
Fernández-Ballesteros, R. (Comp.) (1987). *El ambiente: análisis psicológico.* Madrid. Pirámide.
Fisher, S. y Reason, J. (Comps.) (1988). *Handbook of life stress, cognition and health.* Nueva York. Wiley.
Holmes, T. H. y David, E. M. (Comps.) (1989). *Life change, life events, and illness.* Nueva York. Praeger.
Moos, R. H. y Swindle, R. W. (1990). Stressful life circunstances: concepts and measures. *Stress Medicine, 6,* 171-178.
Paykel, E. S. (1987). Methodology of life events research. En G. A. Fava y T. N. Wise (Comps.) *Research paradigms in psychosomatic medicine.* Nueva York. Karger.
Sandler, I. N. y Guenther, R. T. (1985). Assessment of life events stress. En P. Karoly (Comp.) *Measurement strategies in health psychology.* Nueva York. Wiley.
Zimmerman, M. (1983). Methodological issues in the assessment of life events: a review of issues and research. *Clinical Psychology Review, 3,* 339-370.

de los años setenta, es que la conducta tipo A está asociada a un incremento del riesgo de enfermedades coronarias (Cooper, Detre y Weiss, 1981).

La historia de los diez últimos años no ofrece resultados para mantener una posición tan unánime. Diversos estudios prospectivos con poblaciones de alto riesgo *(Multiple risk factor intervention trial, MRFIT)* o con personas ya enfermas *(Aspirin myocardial infarction study, AMIS)* no han ofrecido resultados positivos referidos a la asociación PCTA y enfermedad coronaria. Los estudios que tienen como objetivo mostrar la relación entre el PCTA y la progresión del proceso ateromatósico ofrecen resultados en que los hallazgos negativos se equiparan a los positivos, mientras que los estudios transversales, que pretenden mostrar la relación del PCTA con la prevalencia de la enfermedad coronaria, presentan resultados más claros a favor de esta relación (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Haynes y Matthews, 1988).

Los resultados de los últimos años han abierto la polémica e influido en que se empiecen a analizar, por un lado, los componentes del PCTA frente a una consideración global del mismo, y por otro, nuevos constructos psicológicos que puedan explicar la incidencia y prevalencia de la enfermedad coronaria. Los componentes del PCTA que muestran una relación más clara con la enfermedad coronaria son, por este orden, los comprendidos en un amplio factor que definiríamos como competitividad-liderazgo-agresividad y los de un segundo factor definido como rapidez-impaciencia-urgencia del tiempo (Booth-Kewley y Friedman, 1987). Entre los constructos no contemplados en los autoinformes de medida del PCTA que hoy se investigan más y que ofrecen resultados más claros está la hostilidad (Dembroski y Costa, 1987).

Por tanto, en el momento actual la situación respecto a la relación del PCTA con la enfermedad coronaria es controvertida. Por ejemplo, Ray (1991) titula un trabajo suyo con el interrogante «¿Por qué molestamos con el 'A-B' si no predice la enfermedad de corazón?». Mientras, Friedman y Booth-Kewley (1988) consideran que lo que tiene sentido es preguntarse cómo, por qué y a través de qué, y no si el PCTA es un elemento importante en la manifestación de la enfermedad coronaria. En este panorama parece lógico el título de un trabajo de Evans (1990) «La conducta tipo A y la enfermedad cardiocoronaria: ¿cuándo volverá el juicio?».

III. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

Tras la conceptualización del PCTA como un estilo de afrontamiento que se manifiesta en conductas observables favorecidas por disposiciones más o menos estables de personalidad, parece claro que el procedimiento de evaluación más apropiado sería el que controle las condiciones estimulares y permita captar más niveles de respuesta. La técnica que más se aproxima a este objetivo es la entrevista estructurada en la que el entrevistador manipula la situación para provocar

La alternativa a esta postura sería afirmar que los distintos instrumentos no evalúan un constructo idéntico lo cual sería una explicación coherente para los resultados diferentes que se obtienen con unos y otros instrumentos. En un trabajo de Rahe, Hervig y Rosenman (1978) ya se sugiere, a partir de un estudio realizado con gemelos, que el *JAS* puede captar mejor la contribución genética al PCTA mientras que la entrevista estructurada identifica mejor los factores ambientales. Por otro lado, tanto Matthews y cols. (1982) como Del Pino y cols. (1993) aprecian componentes de cada instrumento que presentan coeficientes de correlación muy bajos con otros componentes como son el Factor 2 de la entrevista estructurada, el Factor 3 del *JAS* y el Factor 3 del Bortner.

Éstas son las bases para que Matthews (1982) entienda que el PCTA definido por la entrevista estructurada corresponde a personas cuyas características conductuales predominantes suelen ser una reactividad general a acontecimientos psicológicos que son frustrantes, dificultosos y moderadamente competitivos. Las personas definidas como tipo A por el *JAS* se caracterizan por ser luchadores esforzados para la consecución de metas y que pueden ser agresivos y competitivos. Por su parte, la *ETAF* define a los individuos tipo A como personas insatisfechas e incómodas con la orientación competitiva y las presiones laborales que sus vidas les imponen. El Bortner, que no es analizado por Matthews, se caracteriza, a nuestro entender, por referirse a actitudes más que a conductas, y contempla fundamentalmente rapidez, impulsividad y energía. Edwards, Baglioni y Cooper (1990) culpan de esta baja correlación entre los instrumentos al considerable error de medida que presentan.

La segunda cuestión se refiere a la especificidad del PCTA para las predicciones de enfermedad coronaria. La pregunta que cabe hacerse es si el PCTA es específico de los enfermos coronarios o es compartido con otros enfermos de corazón no coronarios. Los análisis de varianza realizados por Del Pino y cols. (1993) no permiten diferenciar entre estos grupos. Sin embargo, realizando análisis discriminantes para tres grupos se obtienen con la entrevista estructurada, el *JAS* y la *ETAF* dos funciones discriminantes significativas. La primera, con mayor valor propio y nivel de significación, discrimina entre sanos y enfermos de corazón; la segunda discrimina entre enfermos coronarios y no coronarios en el caso de la entrevista estructurada y el *JAS*, y entre enfermos coronarios y los otros dos grupos en el caso del *ETAF*. Los ítems que forman parte de la segunda función evalúan en la entrevista estructurada irascibilidad, en el *JAS* impaciencia y urgencia del tiempo, y en el *ETAF* competitividad. Cuando se utiliza la escala de Bortner sólo aparece una función discriminante significativa.

III.6. *Otras escalas para la evaluación del PCTA en adultos*

Además de los instrumentos elaborados específicamente para evaluar el PCTA y validados en estudios prospectivos, existen otros instrumentos que se han utilizado con esta finalidad, aunque son tests de personalidad convencionales, como

24. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Conxa Perpiñá

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha producido una gran proliferación de instrumentos para la evaluación de los trastornos alimentarios. Este rápido crecimiento ha estado motivado por el desarrollo en la investigación de estas alteraciones y, más directamente, por el interés que despertó la polémica sobre sus criterios diagnósticos (veáse por ejemplo, Garner y Garfinkel, 1988) y que originó su modificación en el *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987). La aparición de la bulimia nerviosa como síndrome modificó los límites estancos entre las alteraciones, hizo que las teorías buscaran explicaciones más globalizadoras dándose cabida a la obesidad, el comer restrictivo y el atracón *(binge-eating)* que, al convertirse en el centro de interés, han promovido la creación de diversas técnicas para su evaluación. Algunos de los instrumentos se han derivado de perspectivas teóricas iniciales, como por ejemplo las de Bruch (1973), otros han surgido directamente del laboratorio, pero unos y otros gozan de criterios psicométricos aceptables. También se puede observar cierta evolución en el formato que han adoptado las técnicas de evaluación de estos trastornos. En principio, no existía más instrumentación que la clásica entrevista clínica. En la década de los años setenta aparecieron los primeros cuestionarios cuyo interés, en un primer momento, se centró en el análisis de las características, fundamentalmente anoréxicas, que diferenciaban a distintas poblaciones de estudio. Posteriormente, la evaluación tomó una perspectiva multidimensional y con un mayor énfasis en el conocimiento del caso individual como así se refleja en el crecimiento de la producción de técnicas tales como los métodos observacionales y entrevistas estructuradas, más encaminadas al diagnóstico y al diseño de los planes de intervención.

Los tópicos más importantes en nuestros días sobre la sintomatología de los trastornos alimentarios son los patrones anormales de la conducta alimentaria, las conductas encaminadas a un control estricto sobre el peso y las distorsiones en la imagen corporal. Para analizar los métodos de evaluación de estos aspectos hemos optado por una exposición cuyo hilo conductor es el formato de las propias técnicas. La razón de ello obedece no sólo a motivos didácticos, sino también y principalmente por nuestra postura teórica. Hemos abogado por una conceptualización globalizadora de los trastornos alimentarios basándonos en la

Universidad de Valencia.

también se compone de una escala de Restricción *(DEBQ-R)* (además de las de Comer emocional y Comer externo) compuesta por 10 ítems que evalúan las intenciones del individuo de disminuir su ingesta por motivos de peso. Todas las escalas de este instrumento poseen unos buenos índices de consistencia interna y de estabilidad, y además ha demostrado su validez convergente con medidas de autorregistros sobre ingesta calórica diaria (Wardle y Beales, 1987). Sin embargo, tanto el *TFEQ-R* como el *DEBQ-R* cuando se han utilizado en estudios de laboratorio que producen patrones de comer en contra de lo regulado han fracasado en discriminar a los comedores restrictivos de los no restrictivos (Lowe y Kleifield, 1988).

Ante estas discordancias tal vez haya que plantearse que estas tres escalas no estén evaluando lo mismo, tal y como afirman Heatherton y cols. (1988). Estos autores sugieren que mientras el *TFEQ* y el *DEBQ* evalúan el éxito a la hora de seguir una dieta, la *RS* está diseñada para identificar comedores restrictivos. La *RS* se centra en la fluctuación en el peso y en la conducta de comer cuando se desinhibe y estos aspectos no tienen porqué estar relacionados con reducir con éxito la ingesta calórica diaria gracias al autocontrol, que es lo que parecen evaluar los dos primeros cuestionarios. Con el fin de comprobar esta afirmación, Laessle, Tuschl, Kotthaus y Pirke (1989) realizaron un estudio con estas tres escalas y sus resultados indicaron que los tres instrumentos están evaluando diferentes constructos, o al menos distintos aspectos del mismo, ya que ni el *TFEQ-R* ni el *DEBQ-R* configuraron un factor común con la *RS*. Si lo que se desea evaluar son las consecuencias psicobiológicas de la restricción y los patrones de un estilo de comer anómalo, tanto el *TFEQ-R* como el *DEBQ-R* son los instrumentos más apropiados. Si el objetivo es evaluar las variables motivacionales que llevan a una persona a restringir su ingesta, cualquiera de las tres escalas sirve a este propósito. Sin embargo, según estos autores, si lo que se pretende evaluar es el aspecto contrarregulatorio implícito en la teoría de la restricción (que se desinhiba la conducta de comer y dé lugar a episodios de atracones en personas restrictivas) además de la fluctuación del peso que se produce como consecuencia, sólo la *RS* es capaz de dar cuenta de este aspecto.

IV. ENTREVISTAS CLÍNICAS

Todos los autoinformes que hemos comentado son herramientas útiles que cubren los objetivos para los que fueron creados y, como hemos visto, gozan de unas propiedades psicométricas aceptables. Sin embargo, también es cierto que tienen las limitaciones inherentes a este tipo de instrumentos entre las cuales se encuentran, por ejemplo, la vaguedad del significado de los términos en la escala de severidad, la inexistencia de definiciones objetivas de los signos conductuales del atracón o del hacer dieta, o el escaso poder de discriminación entre las quejas verdaderamente patológicas de aquellas que, si bien pueden ser subjetiva-

propias características, no es el mejor instrumento para hacerse una idea precisa de la frecuencia exacta de los atracones y vómitos cara a planificar un plan de intervención y establecer unas previsiones pronósticas. Las distorsiones que va a introducir el recuerdo de la paciente pueden estar lejos de la evaluación más precisa que ofrecen los autorregistros y otras medidas conductuales. Recientemente, Rosen y cols. (1990) han realizado un estudio que intentaba poner a prueba la validez concurrente del *EDE* con otras medidas conductuales y de autorregistro del vómito, la dieta y la ingesta calórica diaria. Sus resultados revelaron que las escalas del *EDE* relacionadas con las actitudes y la conducta alimentaria se asocian moderadamente con los registros de ingesta calórica diaria, evitación de comidas regulares, evitación de alimentos prohibidos, frecuencia y tamaño de los atracones, mientras que tienen una alta relación con la frecuencia de los vómitos registrados. Sin embargo, Rosen y Srebnik (1990) recomiendan combinar la entrevista con los autorregistros cuando se trate de establecer una línea base diferenciada y realizar un plan de intervención.

V. MÉTODOS OBSERVACIONALES, AUTORREGISTROS Y TÉCNICAS OBJETIVAS

Como hemos visto, los autoinformes y las entrevistas son los instrumentos más ampliamente utilizados en la evaluación de los trastornos alimentarios, sobre todo cuando los objetivos se centran en estudios de población general, en la discriminación entre las distintas alteraciones y entre éstas y la población subclínica y especialmente en una primera aproximación a la evaluación de la paciente. Sin embargo, cuando el objetivo es recabar una información más específica sobre los antecedentes y consecuentes de conductas clave como son los atracones, la evitación de determinados alimentos o la presencia de conductas purgantes resulta más conveniente acudir a los instrumentos tradicionalmente desarrollados desde el marco de la evaluación conductual. Siguiendo la clasificación de Williamson (1990), estos métodos pueden categorizarse en los siguientes apartados: evaluación de la conducta de comer durante los tests de comidas, medidas del peso y de la composición corporal, y evaluación del comer y de las conductas purgantes a través de la autoobservación.

V.1. *Tests de comidas*

La evaluación de la conducta de comer ha sido una de las técnicas tradicionales de la evaluación conductual de los trastornos alimentarios. Antes de que la teoría de la externalidad fuera totalmente formulada por Schachter y Rodin (1974), en el primer tratamiento conductual de la obesidad diseñado por Ferster, Nurnberger y Levitt (1962) ya se insistía en la importancia de modificar el estilo de comer obeso con el fin de que el paciente adelgazara, por lo que había que partir

the coronary-prone behavior pattern. Comunicación presentada a la Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology. Orlando, Estados Unidos.

Chesney, M. A., Eagleston, J. R. y Rosenman, R. H. (1980). The type A structured interview: a behavioral assessment in the rough. *Journal of Behavioral Assessment, 2*, 255-272.

Chesney, M. A., Hecker, M. H. L. y Black, G. W. (1988). Coronary-prone components of type A behavior in the WCGS: a new methodology. En B. K. Houston y C. R. Snyder (Comps.) *Type A behavior pattern: research, theory and intervention.* Nueva York. Wiley.

Cooper, T., Detre, T. y Weiss, S. M. (1981). Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. *Circulation, 63*, 1199-1215.

Del Pino, A., Borges, A., Díaz, S., Suárez, D. y Rodríguez, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham (ETAF). *Psiquis, 11*, 19-30.

Del Pino, A., Dorta, R. y Gaos, M. (1993). El Inventario de actividad de Jenkins (JAS). Análisis descriptivo y factorial. *Boletín de Psicología, 41*, 57-90.

Del Pino, A. y Gaos, M. T. (1991). Problemas metodológicos de los estudios retrospectivos sobre la relación del patrón de conducta tipo A (PCTA) y la enfermedad coronaria arteriográficamente documentada. *Qurriculum, 1/2*, 171-177.

Del Pino, A. y Gaos, M. T. (1992). Validez de la Entrevista estructurada para la medida del patrón de conducta tipo A. *Boletín de Psicología, 9*, 25-48.

Del Pino, A., Gaos, M. T., Díaz, S., Díaz, F. y Suárez, D. (1992). Propiedades psicométricas de la escala de Bortner para la medida del patrón de conducta tipo A. *Psiquis, 13*, 21-37.

Dembroski, T. M. y Costa, P. T. (1987). Coronary prone behavior: components of the type A pattern and hostility. *Journal of Personality, 55*, 211-236.

Dielman, T. E., Butchart, A. T. y Moss, G. E. (1990). Demographic differences in the relationships among components and global rating of structured interview assessed type A behavior in a population sample. *Journal of Social Behavior and Personality, 5*, 233-261.

Eaker, E. D., Abbott, R. D. y Kannel, W. B. (1989). Frequency of uncomplicated angina pectoris in type A compared with type B persons (the Framingham study). *The American Journal of Cardiology, 63*, 1042-1045.

Edwards, J. R., Baglioni, A. J. y Cooper, C. L. (1990). Examining the relationships among self-report measures of the type A behavior pattern: the effects of dimensionality, measurement error and differences in underlying constructs. *Journal of Applied Psychology, 75*, 440-454.

Evans, P. D. (1990). Type A behaviour and coronary heart disease: when will the jury return? *British Journal of Psychology, 81*, 147-157.

Eysenck, H. J. (1990). Type A behaviour and coronary heart disease: the third stage. *Journal of Social Behavior and Personality, 5*, 25-44.

Eysenck, H. J. (1991). Personality as a risk factor in coronary heart disease. *European Journal of Personality, 5*, 81-92.

Eysenck, H. J. y Fulker, D. (1983). The components of type A behaviour and its genetic determinants. *Personality and Individual Differences, 4*, 499-505.

Friedman, M. (1989). Type A behavior: its diagnosis, cardiovascular relation and the effect of its modification on recurrence of coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology, 64*, 12-19.

VI. LA EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La distorsión en la percepción de la propia imagen corporal se ha considerado tradicionalmente como una de las características centrales de los trastornos alimentarios (Bruch, 1962), incluyendo también en este caso a las personas con exceso de peso (Perpiñá y Baños, 1990), si bien tiene un valor más específico en la etiología y mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa. A partir del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) se reconoce esta sintomatología dentro de los criterios diagnósticos de estos trastornos, operativizándose como "distorsión de la imagen corporal" (sentirse gorda aun estando demacrada), "fobia al peso" (miedo intenso a engordar) y "preferencia por la delgadez" (rechazo a mantenerse en un rango normal de peso). Por tanto, la medida de la distorsión de la imagen corporal es imprescindible en una evaluación comprehensiva de este tipo de pacientes.

Aunque no hay una definición precisa, generalmente se considera que la distorsión no es un constructo unitario. Garner y Garfinkel (1981) han distinguido dos componentes de la imagen corporal distorsionada. Por una parte, el aspecto meramente perceptivo, es decir, la tendencia a percibir partes del propio cuerpo más grandes de lo que realmente son y, por otra, un componente cognitivo/afectivo que se concreta en la insatisfacción con el tamaño del propio cuerpo. La mayor parte de las veces distorsión e insatisfacción correlacionan en un mismo individuo, pero lo contrario también es cierto. Por ello, hemos optado por exponer de forma separada las técnicas más apropiadas para cada uno de estos componentes.

VI.1. *Distorsión del tamaño corporal*

Los instrumentos dentro de este apartado pueden clasificarse en dos categorías: aquellos que requieren que el individuo estime el tamaño de distintas partes del cuerpo utilizando marcadores móviles, y aquellos que implican la estimación global de una figura utilizando fotografías o siluetas. Dentro de la primera categoría, una de las técnicas más utilizadas es el calibrador móvil (Slade y Russell, 1973), en la que la paciente ha de estimar el tamaño de diferentes partes del cuerpo moviendo dos luces simétricas a lo largo de un calibrador. La proporción de la distorsión se calcula al restar el tamaño real del tamaño estimado por el sujeto y dividiendo este resultado por el tamaño real. La estabilidad temporal de este instrumento es bastante alta según informan Rosen y Srebnik (1990); Perpiñá y Baños (1990) comprobaron su utilidad como medida de distorsión e insatisfacción corporal en una muestra de adolescentes de distintos rangos de peso.

Respecto a los métodos que evalúan la distorsión corporal global, cabe destacar la técnica de la fotografía distorsionada de Gluksman y Hirsch (1969), dis-

torsión que se hace posible a través de unas lentes anamórficas. Una versión más desarrollada de esta metodología es la expuesta por Freeman, Thomas, Solyom y Koopman (1985), utilizando la cámara de vídeo como medio para "adelgazar" o "engordar" la imagen real del sujeto. Menos preciso, pero también más económico y práctico, es el uso de dibujos de siluetas estandarizadas que varían en su corpulencia, de tal modo que la paciente puede elegir y discriminar entre lo que ella cree que representa su forma actual y su figura ideal. La fiabilidad test-retest de este método es bastante aceptable (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1979).

Si bien en un principio se consideraba que la sobreestimación del tamaño corporal era una característica exclusiva de los trastornos alimentarios, en la actualidad hay que hacer con reserva tal afirmación, ya que la validez discriminante de estos instrumentos se ha puesto en tela de juicio en muchas ocasiones (Williamson, 1990). Aunque la mayor parte de los estudios ha demostrado que las pacientes con anorexia y bulimia nerviosas sobreestiman su tamaño, no necesariamente sobreestiman más que las controles; es decir, la sobreestimación no es una característica exclusiva de los trastornos alimentarios. El hecho de que buena parte de las mujeres normales también experimente el mismo fenómeno, no es más que un reflejo de la gran presión cultural que la sociedad occidental ejerce respecto al tema del adelgazamiento (Perpiñá, 1989*d*). En cualquier caso, la mayor parte de los estudios ha puesto de manifiesto que la estimación del tamaño va siendo más realista a medida que la paciente mejora con el tratamiento (Freeman y cols., 1985).

VI.2. *Insatisfacción corporal*

De entre los muchos cuestionarios que se han utilizado para medir este componente actitudinal hay que destacar por su relevancia histórica la *The body cathexis scale* [Escala de la caquexia corporal] de Secord y Jourard (1953). Consta de 46 ítems que evalúan el grado de satisfacción que la persona tiene con respecto a distintas zonas de su cuerpo. Los propios autores informan de unos índices de consistencia interna de 0,78 y 0,83 para hombres y mujeres, respectivamente. Más recientemente, Franzoi y Shields (1984), partiendo de la escala anterior, construyeron la *The body esteem scale* [Escala de estima corporal] que se compone de 35 ítems; tras su factorización, los resultados revelaron tres factores: Atractivo físico o sexual, Preocupación con el peso y Condición física, y su consistencia interna oscila entre 0,81 y 0,87. De estas tres subescalas, es la preocupación con el peso la que tiene mayor validez discriminante, ya que fue capaz de diferenciar entre anoréxicas y normales.

Todas estas escalas, aunque evalúan insatisfacción corporal, no surgieron desde y con el propósito de su evaluación en los trastornos alimentarios, objetivo que sí se planteó en la construcción del *The body shape questionnaire,* BSQ [Cuestionario de la forma corporal] de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987); éste consta de 34 ítems que evalúan aspectos tales como autoconciencia

Tulin, 1949; Chaudhary y Truelove, 1961; Wangel y Deller, 1965; Waller, Misiewicz y Kiley, 1972; Snape, Carlson y Cohen, 1976; Clouse y Lustman, 1983; Young y cols., 1987).

Como resultado de los avances metodológicos y técnicos generados, así como del progresivo incremento de la investigación en el ámbito de la medicina conductual, numerosos trastornos gastrointestinales (particularmente la incontinencia fecal, el síndrome del intestino irritable, las úlceras pépticas y ciertas alteraciones de la motilidad esofágica) han pasado a ser analizados desde una perspectiva bioconductual integrada.

Sin embargo, en la actualidad todavía existe confusión entre los gastroenterólogos acerca de la significación de los términos funcional, psicosomático y psicofisiológico. Así, tal como señalan Shabsin y Whitehead (1991), el término funcional es habitualmente utilizado para referirse a un trastorno o síntoma que ocurre en ausencia de causas físicas conocidas y de alteraciones verificables en los tejidos; por el contrario, psicosomático alude a trastornos cuyos síntomas se manifiestan en presencia de lesiones específicas en los tejidos, las cuales se postula que son originadas o exacerbadas por factores psicológicos. Sin embargo, lo cierto es que distinguir entre trastornos psicosomáticos y funcionales sobre la base de la presencia o ausencia de lesiones evidenciables resulta claramente artificial e, incluso, inapropiado, ya que dichas lesiones en los trastornos psicosomáticos resultan, hipotéticamente, de una actividad fisiológica anormal, la cual no parece ser diferente de la actividad mostrada en los trastornos funcionales. Por ello, Whitehead y Schuster (1985) mantienen que el término psicofisiológico es más adecuado que los anteriores, ya que implica la existencia de una actividad fisiológica anormal que ocurre en respuesta a factores psicológicos, sin prejuzgar la existencia o no de una lesión orgánica específica.

Por consiguiente, definimos los trastornos psicofisiológicos gastrointestinales como alteraciones en las cuales existe una interacción (demostrable) entre eventos fisiológicos y eventos ambientales que poseen significación psicológica (Whitehead, Fedoravicius, Blackwell y Wooley, 1979).

Ahora bien, al estudiar los aspectos conductuales de los trastornos gastrointestinales, el psicólogo debe tener presente que, junto a las alteraciones psicofisiológicas, deben incluirse otro tipo de problemas para los cuales los procedimientos de terapia de conducta son efectivos, como es el caso de la incontinencia fecal secundaria a traumas neurológicos o musculares locales y trastornos sistémicos. Así, aunque los factores psicológicos puedan no estar presentes en la génesis o agravamiento de dichos problemas, las técnicas conductuales pueden ser tratamientos efectivos de los mismos. En el cuadro 25.1, y a efectos meramente ilustrativos, se ofrece un listado de algunos de los principales síntomas y trastornos gastrointestinales susceptibles de ser abordados desde una perspectiva conductual.

En función del marco de referencia apuntado, en este capítulo se analizarán brevemente los diferentes tipos de mecanismos conductuales implicados en la etiología, prevención y tratamiento de los trastornos gastrointestinales, tras lo

medad" es conceptualizada como «cualquier actividad emprendida por un individuo, que se percibe a sí mismo como enfermo, para definir el estado de su salud y descubrir un remedio adecuado» (Kasl y Cobb, 1966, p. 246). Estas actividades generalmente incluyen algunos de los siguientes aspectos (Sarafino, 1990):

a. Preocupación excesiva por la enfermedad, reflejada en un constante hablar sobre la misma.
b. Discapacidad desproporcionada a tenor de los hallazgos físicos y múltiples quejas insuficientemente documentadas.
c. Frecuentes visitas a hospitales y centros de salud.
d. Ingesta abundante de fármacos, principalmente de carácter psicoactivo.
e. Remisión de la sintomatología o disminución de su severidad mediante la distracción.

Según Lee (1986), la conducta de enfermedad puede adoptar dos formas: normal y anómala. En su forma normal, la conducta de enfermedad representa una visión o punto de vista realista acerca del impacto de la enfermedad. Dicha apreciación suele ser limitada en el tiempo y está en proporción a la severidad del problema. Por el contrario, en su presentación anormal, la respuesta del sujeto resulta excesiva con relación a la naturaleza de los síntomas, se prolonga más allá del curso natural del trastorno e incorpora comportamientos que pueden dificultar el proceso de recuperación.

Ahora bien, el condicionamiento operante no sólo puede explicar los aspectos referentes al aprendizaje y mantenimiento de la conducta de enfermedad, sino también, y ello parece especialmente relevante en este contexto, el aprendizaje y la modificación de respuestas fisiopatológicas específicas en sujetos con alteraciones gastrointestinales. En esta dirección, los experimentos realizados con técnicas de *biofeedback* sugieren que es posible modificar diversas respuestas gastrointestinales (por ejemplo, secreción ácida gástrica) proporcionando información y/o refuerzo contingente a variaciones de las mismas en el sentido deseado (Whitehead, Renault y Goldiamond, 1975).

En la misma línea, resulta evidente que los sujetos pueden aprender concepciones erróneas acerca de lo que son los hábitos intestinales "normales", así como que los síntomas son una forma válida para evitar determinadas situaciones y obtener cierto tipo de consecuencias positivas inmediatas.

Una exposición más detallada de la importancia de los factores conductuales de cara a la comprensión de los trastornos psicofisiológicos gastrointestinales puede encontrarse en Whitehead y cols. (1979).

tiempo relativamente prolongados. En la actualidad, están comenzando a desarrollarse procedimientos de manometría anal ambulatoria, los cuales, a pesar de los problemas prácticos y teóricos que todavía presentan, proporcionan una evaluación bajo condiciones fisiológicas normales (Roberts y Williams, 1992). (De cara a una descripción del procedimiento de evaluación y modificación comportamental, así como de una revisión actualizada de los resultados clínicos obtenidos con *biofeedback* manométrico, véase Simón y cols., 1991.)

IV.5.3. Técnicas electromiográficas

Desde el trabajo de Haskell y Rovner (1967), la electromiografía ha sido ampliamente utilizada en gastroenterología como procedimiento de evaluación de la actividad eléctrica esfinteriana en sujetos con disfunciones anales.

El registro de la actividad-EMG, ya sea a través de electrodos de superficie (acoplados a dispositivos especiales —tapón anal— o simplemente emplazados en el anillo subcutáneo del esfínter anal externo) o mediante electrodos de aguja coaxiales o monofibra, es de gran valor no sólo para conocer la actividad del esfínter anal externo y del músculo puborrectal aisladamente o en combinación con registro manométrico, sino también para valorar posibles alteraciones en su inervación (Read y Sun, 1991; Speakman y Henry, 1992).

La actividad eléctrica debe registrarse en condiciones de reposo, durante intentos de contracción máxima del esfínter anal externo y de los músculos del suelo pélvico y, finalmente, después de intentar simular la defecación (Bielefeldt, Enck y Wienbeck, 1990). La actividad-EMG registrada en cada una de estas condiciones en sujetos sin patología gastrointestinal presenta los siguientes valores medios (Simón y Lara, 1994*a*): a) menos de 2 uV en estado de reposo; b) al menos entre 5-10 uV a lo largo de 10 segundos durante la contracción esfinteriana voluntaria; c) actividad menor a 2 uV o, idealmente, menor que los valores de reposo, durante la relajación del esfínter anal externo consecutiva al intento de defecación simulada. Con respecto a estas cuestiones, es de destacar que la contracción voluntaria y sostenida del esfínter anal externo es un factor crucial en el mantenimiento de la continencia, mucho más importante que la contracción tónica o basal del mismo (Schuster, 1975). De hecho, numerosos sujetos con problemas de incontinencia fecal presentan una respuesta voluntaria de este esfínter muy débil o completamente ausente (Bartolo y cols., 1983). Además, a través de la manometría se ha podido evidenciar que esta contracción voluntaria del esfínter anal externo incrementa la presión en el área anal de dos a tres veces más que la registrada en estado de reposo (Read y cols., 1983).

Al igual que ocurre con los procedimientos manométricos, esta técnica está comenzando a ser utilizada como procedimiento de intervención en el contexto de las técnicas de *biofeedback,* aunque por el momento el número de trabajos realizados es todavía escaso, circunscribiéndose al tratamiento de algunos tipos de incontinencia fecal (principalmente secundaria a intervenciones quirúrgicas)

Walker, B. B. y Sandman, C. A. (1977). Physiological response patterns in ulcer patients: phasic and tonic components of the electrogastrogram. *Psychophysiology, 14*, 393-400.
Waller, S. L., Misiewicz, J. J. y Kiley, N. (1972). Effect of eating on motility of the pelvic colon in constipation and diarrhea. *Gut, 13*, 805-811.
Wangel, A. G. y Deller, D. J. (1965). Intestinal motility in man. III. Mechanisms of constipation and diarrhea with particular reference to the irritable colon syndrome. *Gastroenterology, 48*, 69-84.
Welgan, P. R. (1974). Learned control of gastric acid secretion in ulcer patients. *Psychosomatic Medicine, 36*, 411-419.
Welgan, P. R. (1983). Measurement of gastric acid secretion. En R. Hölzl y W. E. Whitehead (Comps.) *Psychophysiology of the gastrointestinal tract. Experimental and clinical applications*. Nueva York. Plenum Press.
White, B. V. y Jones, C. M. (1938). Effect of irritants and drugs affecting autonomic nervous system upon the mucosa of the normal rectum and rectosigmoid, with especial reference to "mucous colitis". *The New England Journal of Medicine, 218*, 791-797.
Whitehead, W. E. (1985). Psychotherapy and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome. En N. W. Read (Comp.) *Irritable bowel syndrome*. Londres. Grune and Stratton.
Whitehead, W. E., Burgio, K. L. y Engel, B. T. (1985). Biofeedback treatment of fecal incontinence in geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 33*, 320-324.
Whitehead, W. E., Engel, B. T. y Schuster, M. M. (1980). Irritable bowel syndrome: physiological and psychological differences between diarrhea-predominant and constipation-predominant patients. *Digestive Diseases and Sciences, 25*, 404-413.
Whitehead, W. E., Fedoravicius, A. S., Blackwell, B. y Wooley, S. (1979). A behavioral conceptualization of psychosomatic illness: psychosomatic symptoms as learned responses. En J. R. McNamara (Comp.) *Behavioral approaches to medicine: application and analysis*. Nueva York. Plenum Press.
Whitehead, W. E., Renault, P. F. y Goldiamond, I. (1975). Modification of human gastric acid secretion with operant conditioning procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis, 8*, 147-156.
Whitehead, W. E. y Schuster, M. M. (1985). *Gastrointestinal disorders. Behavioral and physiological basis for treatment*. Nueva York. Academic Press.
Wooley, S. C., Blackwell, B. y Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine, 40*, 379-401.
Young, L. D., Richter, J. C., Anderson, K. D., Bradley, L. A., Katz, P. O., McElveen, L., Obrecht, W. E., Dalton, G. B. y Snyder, R. M. (1987). The effects of psychological and environmental stressors on peristaltic esophageal contractions in healthy volunteers. *Psychophysiology, 24*, 132-141.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Barret, J. A. (1993). *Faecal incontinence and related problems in the older adult*. Londres. Edward Arnold.
Hölzl, R. y Whitehead, W. E. (Comps.) (1983). *Psychophysiology of the gastrointestinal tract. Experimental and clinical applications*. Nueva York. Plenum Press.

III.2.2. Autoobservación

Permite obtener información suplementaria a la ya obtenida con otros procedimientos y constituye una útil ayuda cuando la observación directa no es factible, por la excesiva duración de las conductas o por ser inaccesibles a un observador. Se recoge información a lo largo del tiempo sobre la estimación que el paciente hace de su dolor y sobre sus actividades cotidianas. Se emplean diarios que normalmente siguen un formato estándar en el cual se registran aspectos como los siguientes (Donker, 1991):

a. Ingesta de medicación.
b. Tiempo invertido en estar de pie/caminando, estar sentado, estar tumbado, etcétera.
c. Evaluación por el paciente del grado de dolor experimentado.

Podemos distinguir entre dos tipos de autorregistros que recogen información sobre aspectos específicos de los pacientes con dolor: el diario de dolor y el diario de actividad.

a. *El diario de dolor*

Permite conocer la evolución temporal de la estimación de la sensación dolorosa y relacionarla con el momento del día o la actividad ejecutada. Se registra en una escala verbal, numérica, analógico-visual o gráfica la estimación que el paciente hace de la intensidad de su dolor. Esta estimación puede realizarse en forma de promedio para el tiempo total que dura el registro, para cada período registrado, para el episodio de mayor intensidad, o en el momento de rellenar el registro. También puede considerarse la duración del episodio de dolor, los medicamentos ingeridos durante el mismo (cantidad y clase) y el tipo de actividad desarrollada durante el período de registro. El tipo concreto de diario utilizado dependerá de las características del dolor, de su incidencia en la vida del paciente y de su personalidad. Algunos diarios de dolor son los siguientes:

a. El diario de dolor de Fordyce (1976) que está especialmente indicado para el dolor continuo ya que emplea un muestreo de tiempo en el que el paciente debe indicar, durante dos semanas y para cada hora del día, la actividad principal realizada, duración de la misma, posición física adoptada, estimación de la intensidad de su dolor en una escala numérica de 0 a 10 y el tipo y dosis de medicamento ingerido.
b. El diario elaborado por Tursky, Jamner y Friedman (1983) que recoge información de indicadores sobre las tres dimensiones del dolor (intensidad, desagrado y aspectos sensoriales). Para cada episodio de dolor se anota la duración

visuales con los ancianos (Jensen, Karoly y Braver, 1986) aunque es efectivo con los más jóvenes (Varni, Jay, Masek y Thompson, 1986). Por ello, aunque son útiles en la práctica clínica, no deben emplearse como único instrumento.

Existen otras medidas de intensidad menos extendidas en la práctica clínica como la *Behavior rating scale, BRS* [Escala de clasificación de conductas] de Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney (1973) que evalúa la intensidad del dolor en términos de sus efectos sobre la conducta. La *Picture scale* [Escala de dibujos] de Frank y cols. (1982) que emplea ocho dibujos de expresiones faciales de personas experimentando diferentes niveles de dolor y el paciente escoge el que mejor ilustre su experiencia de dolor. La *Tourniquet pain test, TPT* [Prueba de dolor por el procedimiento del torniquete] que induce dolor isquémico en el brazo del paciente y éste indica cuándo el dolor provocado señala su nivel de dolor clínico (Sternbach, 1983). Por último, hay otras pruebas en las que el paciente empareja su nivel de intensidad de dolor con la frecuencia de un sonido (Woodforde y Merskey, 1972) la longitud de una línea (Adriaensen, Gybels, Handwerker y Van Hees, 1984) o el sonido de un tono (Adams, Brechner y Brechner, 1979).

También se han desarrollado diversos procedimientos para evaluar la localización del dolor, consistentes en dibujos del cuerpo humano donde el sujeto marca o sombrea las zonas de su dolor (Melzack, 1975; Ransford, Cairns y Mooney, 1976; Toomey, Gover y Jones, 1983).

b. *Cuestionarios*

El más conocido y utilizado en la investigación y práctica clínica de los pacientes con dolor crónico es el *The McGill pain questionnaire, MPQ* [Cuestionario de dolor de McGill] (Melzack y Torgerson, 1971) elaborado a partir del modelo de Melzack y Wall (1965). Este cuestionario se desarrolló porque se necesitaba una escala multidimensional que evaluara las tres dimensiones que según dicho modelo conforman la experiencia de dolor: la dimensión sensorial-discriminativa (¿qué percibo?, dolor), la emocional-afectiva (¿qué siento?, sentimientos que acompañan al dolor) y la cognitivo-evaluativa (¿qué pienso?, pensamientos que acompañan al dolor).

El *MPQ* se compone de una lista de 78 adjetivos organizados en forma de estimación cualitativa del dolor. A su vez incluye veinte subgrupos que contienen de dos a seis adjetivos en intensidad creciente, que se refieren a distintos tipos de dolor. El sujeto selecciona de cada uno aquel adjetivo que mejor responde a su experiencia de dolor. Los diez primeros grupos evalúan la dimensión sensorial-discriminativa, refiriéndose a aspectos temporales, periodicidad, procesos térmicos y presión. Los cinco siguientes evalúan la dimensión emocional-afectiva, proporcionando una descripción del dolor asociado a las emociones que provoca como tensión, temor, etc. Un grupo da cuenta de la dimensión cognitivo-evaluativa, dando una descripción de la evaluación global del dolor. Por úl-

timo, los cuatro grupos restantes forman una especie de "miscelánea" del dolor que evalúan algunos aspectos sensoriales y poco usuales del mismo.

La administración del *MPQ* es oral, el entrevistador lee los adjetivos de cada grupo y el paciente elige el que mejor describe su dolor actual en cada grupo, omitiendo alguno si no es aplicable a su caso. Cada palabra se puntúa de 1 a 5 (Melzack, 1975). Puede obtenerse información cualitativa del dolor a partir de los adjetivos seleccionados, y cuantitativa a partir de los siguientes índices:

a. *Pain rating index, PRI* [Índice de evaluación del dolor] que se calcula a partir de los valores escalares de los adjetivos elegidos por el paciente, pudiéndose calcular para cada categoría, sensorial *(PRIS)*, afectiva *(PRIA)* y evaluativa (*PRIE*), y para el total de la escala *(PRIT)*.

b. *Pain rating index, PRI-R* [Índice de evaluación del dolor] que se obtiene a partir del valor ordinal de los adjetivos seleccionados, igualmente puede calcularse para una dimensión o para el total de la escala.

c. *Number of words chosen, NWC* [Número de adjetivos elegidos] obtenido sumando el número de subgrupos que el paciente utiliza para describir su dolor.

d. *Present pain intensity, PPI* [Intensidad del dolor presente] calculado a partir de la combinación número-adjetivo elegido en una escala de 5 puntos.

La mayor ventaja del *MPQ* es que permite la cuantificación de muchos componentes separados de la experiencia subjetiva de dolor. Numerosos estudios han demostrado su fiabilidad y validez factorial, así como su sensibilidad a los efectos del tratamiento (Melzack y Perry, 1975; Rystein-Blinchik, 1979). No obstante, faltan todavía suficientes estimaciones de la estabilidad y consistencia interna y proporcionar mayor validez para los subgrupos sensorial y evaluativo. Se critica también que las respuestas se ven influidas por el grado cultural del paciente. Además, es necesario que esté presente un asesor y se cuestiona su capacidad de discriminación, teniendo en cuenta el elevado número de adjetivos empleados. Por último, aunque pretende ser multidimensional, se enfatiza más la dimensión sensorial que las otras dos.

Se han construido otros instrumentos que tratan de aumentar la utilidad y validez del *MPQ* y paliar algunas de sus deficiencias, por ejemplo, la *Card sort* [Clasificación de tarjetas] de Reading y Newton (1978), la Escala para pacientes con cefaleas de Hunter (1983), y el Cuestionario para dolor de la parte baja de la espalda de Leavitt, Garron, Whisler y Sheinkop (1978).

c. *Perfiles de percepción del dolor*

Destacan fundamentalmente los siguientes:

a. El *Pain perception profile, PPP* [Perfil de percepción del dolor] (Tursky, 1976) trata de compensar el desequilibrio entre las dimensiones del *MPQ* incluyendo el mismo número de adjetivos en cada una de ellas. Emplea estímulos no-

(1983), el *Perfil de estados de ánimo (POMS)* de McNair, Lorr y Droppleman (1971), etcétera.

Por último, se ha desarrollado una serie de cuestionarios que permiten evaluar diversos aspectos del funcionamiento general de estos pacientes relacionados con su estatus psicológico o con el impacto sobre su calidad de vida. Algunos de estos cuestionarios son los siguientes:

a. *The Millon behavioral health inventory, MBHI* [El inventario de salud conductual de Millon] (Millon, Green y Meagher, 1979) que consta de 150 ítems con 20 subescalas, ocho evalúan estilos de personalidad que se hipotetiza predicen cómo una persona puede desarrollar y enfrentarse con la enfermedad, seis miden actitudes psicogénicas asociadas al curso de la enfermedad física, tres evalúan correlatos psicosomáticos que predicen el desarrollo de enfermedades específicas y, por último, tres son índices pronósticos para apreciar factores emocionales asociados con enfermedades.

b. *The west Haven-Yale multidimensional pain inventory, WHYMPI* [El inventario de dolor multidimensional de Haven-Yale Oeste] de Kerns, Turk y Rudy (1985) que proporciona una evaluación comprensiva de la experiencia subjetiva de dolor y del impacto de este problema en varios aspectos de la vida del paciente. Consta de 52 ítems divididos en tres secciones. La primera se compone de cinco subescalas que evalúan la interferencia percibida del dolor en las actividades diarias, el apoyo de los otros significativos, intensidad del dolor, control percibido sobre su vida y ánimo negativo. La segunda sección evalúa tres tipos de respuesta que el paciente percibe de sus otros significativos: respuestas de castigo, de solicitud y de distracción. La tercera evalúa la frecuencia con la que el paciente participa en cuatro categorías de actividad: tareas domésticas, trabajo de jardinería, actividades fuera de casa y actividades sociales. Se dispone de datos adecuados sobre su fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez, aunque es necesaria más investigación.

c. *The illness behavior questionnaire, IBQ* [El cuestionario de conductas de enfermedad] de Pilowsky, Spence, Cobb y Katsikitis (1984); es una evaluación multicomponente de 62 ítems que evalúa cómo las personas experimentan y responden a su estatus de salud, dentro del concepto de conducta anormal de enfermedad. Cuarenta de los ítems pueden puntuarse produciendo siete actitudes específicas y creencias sobre la salud (hipocondriasis general, convicción de enfermedad, percepción psicológica frente a somática de la enfermedad, inhibición afectiva, trastornos afectivos, negación e irritabilidad). Pueden obtenerse, además, puntuaciones sobre los siguientes aspectos: una puntuación global, que corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y otra puntuación parcial para cada uno de los siete factores, además de dos factores de segundo orden, "afirmación de enfermedad" constituido por las escalas 2 y 3, y "estado afectivo" por las escalas 1, 5 y 7; y una puntuación en una función discriminante que indica la probabilidad de que un paciente individual muestre un síndrome de conversión en el sentido de tener un perfil del *IBQ* similar al de un paciente de dolor

Adriaensen, H., Gybels, J., Handwerker, H. O. y Van Hees, J. (1984). Suppression of C-fibre discharges upon repeated heat stimulation may explain characteristics of concomitant pain sensations. *Brain Research, 302*, 203-211.

Ahles, T. A., Ruckdeschel, J. C. y Blanchard, E. B. (1984). Cancer related-pain. II. Assessment with visual analogue scales. *Journal of Psychosomatic Research, 28*, 121-124.

American Arthritis Foundation (1976). *Arthritis: the basic facts*. Atlanta, Ga.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York. Guilford Press.

Beecher, H. K. (1959). *Measurement of subjetive responses: quantitative effects of drugs*. Nueva York. Oxford University Press.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. y Gilson, B. S. (1981). The Sikness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Health Care, 19*, 787-805.

Blanchard, E. B. y Andrasik, F. (1989). *Tratamiento del dolor de cabeza crónico*. Barcelona. Martínez Roca (Orig. 1985).

Blumer, D. y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *Journal Nervous Mental Disease, 170*, 381-406.

Bonica, J. J. (1953). *The management of pain*. Filadelfia. Lea and Febiger.

Bonica, J. J. (1974). Preface. En J. J. Bonica (Comp.) *Advances in neurology (vol. 4)*. Nueva York. Academic Press.

Bonica, J. J. (1977). Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery, 112*, 750-761.

Boureau, F. (1982). Conocimientos recientes sobre neurofisiología del dolor. *Medicina Contemporánea, 2*, 17-23.

Bradley, L. A. (1985). Psychological aspects of arthritis. *Bulletin on the Reumatic Diseases, 4*, 1-12.

Brena, S. F. (1978). *Chronic pain: America's hidden epidemic*. Nueva York. Atheneus SMI.

Brena, S. F. y Koch, D. L. (1975). A "pain estimate" model for quantification and classification of chronic pain states. *Anesthesiology Review, 2*, 8-13.

Brodman, K., Erdmann, A. J., Lorge, I. y Wolff, H. G. (1949). The Cornell medical index: an adjunct to medical interview. *Journal of the American Medical Association, 140*, 530-534.

Brown, G. K. y Nicassio, P. M. (1985). *Development of a questionnaire for assessing active and helpless coping strategies in chronic pain patients.* Comunicación presentada en la 19th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Houston, Estados Unidos.

Budzynski, T. H., Stoyva, J. M., Adler, C. S. y Mullaney, D. J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: a controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine, 35*, 484-496.

Catchlove, R. F. H. y Ramsay, R. A. (1983). A protocol for the medico-psychosocial evaluation of patients with chronic pain. *Pain, 2*, 301-308.

Chapman, C. R., Casey, K. L., Dubner, R., Foley, K. M., Gracely, R. H. y Reading, A. E. (1985). Pain measurement: an overview. *Pain, 22*, 1-31.

Chapman, C. R. y Wyckoff, M. (1981). The problem of pain: a psychobiological perspective. En S. N. Haynes y L. Gannon (Comps.) *Psychosomatic disorders: a psychophysical approach to etiology and treatment*. Nueva York. Praeger.

Clark, J. W., Gosnell, M. y Shapiro, D. (1977). The new war on pain. *Newsweek, 89*, 48-55.

culares en las arterias craneales. Se distinguía entre migrañas comunes y clásicas en función de si iban precedidas o no de cambios sensoriales y motores (pródromos). Las cefaleas mixtas compartirían ambos tipos de síntomas.

II.1. *Problemas diagnósticos*

Desde un comienzo, la clasificación y definiciones anteriores presentaron problemas: descripciones poco concretas (uso de términos como "generalmente", "frecuentemente"); falta de un criterio operacional claro (qué síntomas y cuántos tenían que estar presentes para el diagnóstico) y solapamiento de síntomas (las migrañas podían ser también bilaterales; las náuseas, fotofobia y sonofobia podían darse tanto en las cefaleas tensionales como en las migrañas, etc.). En definitiva, la definición del comité era ambigua y requería que las distintas investigaciones especificaran sus criterios diagnósticos si se quería asegurar la homogeneidad de los grupos de investigación. Como pusieron de manifiesto numerosos autores (Haynes, Cuevas y Gannon, 1982; Haynes y cols., 1983; Vallejo y Labrador, 1984; Ziegler, 1985; Jahanshahi, Hunter y Philips, 1986), con esta situación no resultaba extraño que las distintas investigaciones arrojasen resultados contradictorios. Esta situación de descontento llevó a que, en 1988, apareciera un nuevo criterio diagnóstico propuesto por la International Headache Society (Sociedad Internacional de Cefaleas).

II.2. *Nuevo criterio diagnóstico*

El nuevo criterio diagnóstico de las cefaleas presenta una serie de características generales entre las que se pueden citar las siguientes: a) se debe estimar la frecuencia de las cefaleas anuales en función de las que se presenten semanalmente; b) un paciente puede tener más de un tipo de cefalea, en cuyo caso se deben diagnosticar todos los que presente; c) los pacientes con cefaleas se encuentran distribuidos en una línea continua en cuyos extremos se hallan pacientes con cefaleas de tipo tensional o de migrañas y en medio pacientes migrañosos-mixtos, mixtos-mixtos y tensionales-mixtos según la prevalencia de los síntomas que presenten; d) se recomiendan como técnicas diagnósticas no sólo la entrevista sino también otras técnicas conductuales como la autoobservación.

Los diagnósticos presentan ya criterios operacionales como puede apreciarse en los cuadros 27.1 y 27.2. Cabría destacar en el diagnóstico de migrañas, que han desaparecido los términos migraña clásica y común siendo sustituidos por migraña con y sin aura. Esto es, los síntomas neurológicos típicos de los pródromos pueden anteceder o acompañar al dolor. En el cuadro 27.1 se reproduce el criterio diagnóstico de las migrañas sin aura.

Las cefaleas de tipo tensional se dividen en cefaleas episódicas y crónicas en función de la frecuencia (menos o más de 15 días al mes) y del tiempo de padeci-

en modelos considerados anteriormente como el de Vallejo y Labrador (1984) estarían las percepciones que el cliente tiene tanto de las situaciones externas como de sus propias habilidades de enfrentamiento a ellas.

Las variables consecuentes pueden ser externas, tales como refuerzos positivos (atención, cuidados, etc.), refuerzos negativos (evitación de situaciones, actividades, etc.), castigos (reproches, rechazos, etcétera), o internas (autorrefuerzos, autocastigos, etc.). Al igual que ocurría con las variables antecedentes, a medida que el problema se cronifica es más difícil identificarlas de forma puntual; sin embargo, sí podemos encontrar patrones de comportamiento de los demás que pueden estar manteniendo los estilos de vida insatisfactorios comentados anteriormente. De todas formas, las ganancias secundarias (atenciones, evitación de situaciones, etc.) aunque importantes en el mantenimiento del papel del enfermo, no tienen en las cefaleas crónicas el mismo valor causal que en las cefaleas psicógenas.

d. Análisis funcional del problema e hipótesis explicativas. No es suficiente identificar y evaluar las variables anteriores, es necesario establecer las relaciones de causalidad que guardan con la cefalea. Esto es, hasta qué punto ésta aparece ante la presencia de las variables independientes consideradas anteriormente. Asimismo, es necesario determinar las relaciones funcionales entre las distintas dimensiones del dolor, especificadas en el segundo objetivo, y los parámetros temporales de éste, es decir, hasta qué punto la percepción que se tenga del dolor, los sentimientos y conductas ante él, lo incrementan. Una vez establecidas las distintas relaciones funcionales, se estableceran hipótesis acerca de las que resulten más relevantes o de mayor peso en el mantenimiento del problema, es decir, aquéllas por cuyo cambio hay que comenzar.

e. Objetivos terapéuticos. En general, y a grandes líneas, los objetivos terapéuticos en las cefaleas son dobles. Por un lado, el cambio en situaciones externas e internas que aumenten la probabilidad de las cefaleas, según nuestro análisis funcional anterior. Por otro lado, la adquisición de habilidades cognitivo-conductuales de enfrentamiento ante la situación de dolor, de forma que si éste no se elimina completamente, sí deje de ser el protagonista de la vida del paciente.

f. Selección del tratamiento. En función de nuestras hipótesis explicativas y objetivos terapéuticos se eligirá el tipo de tratamiento. De esta forma, y en vista de la complejidad de factores que intervienen en las cefaleas, no podemos seguir "recetando" un tratamiento periférico en función del diagnóstico (por ejemplo, *biofeedback* EMG frontal para cefaleas tensionales o de temperatura para migrañas). Se puede afirmar que en el tratamiento de las cefaleas se puede aplicar una gran diversidad de estrategias cognitivo-conductuales (por ejemplo, estrategias de autocontrol, técnicas cognitivas, técnicas de *biofeedback* o de relajación, habilidades sociales, etc.) según las variables hipotetizadas como más relevantes en el paciente en cuestión.

Kroner, H. B., Diergarten, D. y Seeger, S. R. (1988). Psychophysiological reactivity of migraine sufferers in conditions of stress and relaxation. *Journal of Psychosomatic Research, 32*, 483-492.

Kunkel, R. S. (1991). Diagnosis and treatment of muscle contraction (tension-type) headaches. *Headache, 75*, 595-603.

Labrador, F. J. (1991). Desarrollo de un modelo explicativo de predisposición psicobiológica para las cefaleas. En J. Gil y T. Ayllón (Comps.) *Medicina conductual. I Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud*. Granada. Universidad de Granada.

Lacroix, J. M. y Corbett, L. (1990). An experimental test of the muscle tension hypothesis of tension-type headache. *International Journal of Psychophysiology, 10*, 47-51.

Langemark, M., Jensen, K. y Olesen, J. (1990). Temporal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Archives of Neurology, 47*, 654-658.

Leijdekkers, M. y Passchier, J. (1990). Prediction of migraine using psychophysiological and personality measures. *Headache, 30*, 445-453.

Lichstein, K. L., Fischer, S. M., Eakin, T., Amberson, J. I., Bertorini, T. y Hoon, P. W. (1991). Psychophysiological parameters of migraine and muscle-contraction headaches. *Headache, 31*, 27-34.

Lippold, D. C. (1967). Electromyography. En P. H. Venables y I. Martin (Comps.) *Manual of psychophysiological methods*. Nueva York. Wiley.

Lockerman, L. Z. (1988). EMG in the assessment of headache. *Headache, 28*, 226-227.

Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain, 1*, 277-299.

Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms-a new theory. *Science*, 150, 971-979.

National Center for Health Statistics (1991). Prevalence of chronic migraine headaches. *JAMA, 265*, 29-41.

Olesen, J. (1992). El mecanismo de la jaqueca. *Mundo Científico, 12*, 318-326.

Olesen, J. y Jensen, R. (1991). Getting away from simple muscle contraction as a mechanism of tension-type headache. *Pain, 46*, 123-124.

Pearce, S. y Erskine, A. (1989). Chronic pain. En S. Pearce y J. Wardle (Comps.) *The practice of behavioural medicine*. Oxford. BPS Books.

Philips, H. C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid. Pirámide (Orig. 1988).

Philips, C. y Hunter, M. (1981). Pain behavior in headache suffers. *Behavioral Analysis and Modification, 4*, 257-266.

Pritchard, D. W. (1989). EMG cranial muscle levels in headache sufferers before and during headache. *Headache, 29*, 103-108.

Richardson, G. M. y McGrath, P. J. (1989). Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: a minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. *Headache, 29*, 352-357.

Rugh, J. D., Hatch, J. P., Moore, P. J., Cyr-Provost, M., Boutros, N. N. y Pellegrino, C. S. (1990). The effects of psychological stress on elctromyographic activity and negative affect in ambulatory tension-type headache patients. *Headache, 30*, 216-219.

Sicuteri, F. (1981). Emotional vulnerability of the antinociceptive system: relevance in psychosomatic headache. *Headache, 21* 113-115.

Takeshima, T. y Takahashi, K. (1988). The relationship between muscle contraction headache and migraine: a multivariate analysis study. *Headache, 28*, 272-277.

comportamiento, d) incluir sólo el registro de conducta positiva, es decir, requerir la anotación de la toma de medicación en lugar de las ocasiones en las que ha prescindido de su conducta, e) reforzar positivamente la precisión del autorregistro, y f) entrenar a los pacientes en el procedimiento de registro en el momento de producirse el comportamiento en lugar de hacerlo de forma retrospectiva (Voyles y Menéndez, 1983). El inconveniente de esta técnica de evaluación es que su aplicación puede provocar un efecto reactivo de aumento en la adherencia (Epstein y Masek, 1978; Waggoner y Lelieuvre, 1981) al favorecer una mayor comprensión de la enfermedad y actuar como recordatorio de la toma de fármacos (Walford, Gale, Allison y Tattersall, 1978).

Con algunos preparados farmacológicos la determinación de la adherencia al tratamiento puede realizarse mediante el recuento de píldoras. Este procedimiento suele dar lugar a una sobreestimación de las tasas de adherencia, al tiempo que no posibilita la determinación del patrón de consumo de medicamentos (Varni, 1983).

Un método más fiable y directo para la determinación del grado en que el paciente sigue las prescripciones farmacológicas son los análisis bioquímicos. Las determinaciones de los metabolitos de la teofilina, un fármaco frecuentemente utilizado para el tratamiento del asma, pueden realizarse en sangre o saliva. Existe una relación lineal entre los valores obtenidos mediante ambos métodos (el coeficiente de correlación cifrado por Koysooko, Ellis y Levy [1974] fue 0,97) por lo que la determinación en saliva suele ser el procedimiento de elección por la rapidez y facilidad que presenta la obtención de la muestra. Estos análisis presentan el inconveniente de que en el proceso metabólico de la teofilina inciden procesos de disfunción hepática, infección viral y la interacción con otros fármacos (Szefler y cols., 1984) al tiempo que la ingesta de otras xantinas (café, tabaco, etc.) puede haber mediado los resultados obtenidos (Eney y Goldstein, 1976). Una estrategia que permite obviar estos problemas metodológicos consiste en añadir riboflavina (vitamina B2) a la medicación diaria, de manera que esta sustancia actúe como marcador biológico que puede ser determinado mediante el análisis de la primera orina de la mañana (Cluss y cols., 1984). A pesar de que los datos obtenidos mediante estas técnicas de evaluación son extraordinariamente fiables, su utilización se ha limitado casi exclusivamente a los trabajos de investigación; son métodos sofisticados y costosos que no permiten establecer el patrón de consumo de fármacos e inciden de forma notable en las conductas de los pacientes referentes a la administración de medicación. Eney y Goldstein (1976) observaron que tras la toma repetida de muestras para la determinación de los niveles de teofilina en sangre el porcentaje de pacientes que no presentaba concentraciones de esta sustancia descendió del 23% registrado al inicio del estudio al 6,5% tras dos semanas de evaluación continua. Asimismo, alcanzó niveles correctos de teofilina el 41% de los pacientes que al comenzar el estudio presentaba niveles subterapéuticos.

Recientemente ha surgido un nuevo método denominado «Nebulizador cronológico» (Spector y cols., 1986) que permite estimar de forma altamente

el 0,1 segundo inicial siguiendo una inspiración máxima o pico máximo de flujo espirado (PEFR) expresado en litros/segundo (Creer, 1979). Existen varios tipos de medidores de pico de flujo, si bien todos ellos guardan buenas correlaciones entre sí (Chiaramonte y Prabhu, 1982), dan buena información del grado de obstrucción y presentan buena correlación con los valores de FEV1 obtenidos mediante el espirómetro (Dalen y Kjellman, 1982). La fiabilidad de los valores PEFR muestra los mismos inconvenientes que las medidas espirométricas, si bien frente a ellas presentan una mayor simplicidad del proceso de medida, por lo que tras un adecuado entrenamiento el paciente puede utilizarlo en su domicilio tres o cuatro veces al día durante períodos de tiempo que usualmente se extienden a varias semanas. El paciente debe realizar las mediciones haciendo una inspiración máxima y una espiración fuerte y puntual (no prolongada). Cada una de estas mediciones debe realizarse siempre antes de la toma de medicación y a la misma hora para controlar los efectos de los ritmos circadianos en el funcionamiento pulmonar de los pacientes (Manresa y cols., 1983). Deben realizarse al menos tres intentos siguiendo este procedimiento, tomándose en consideración el máximo valor alcanzado en todo el proceso (Manresa, 1987).

III.2.2. Evaluación de las manifestaciones clínicas del asma

Clínicamente la obstrucción bronquial en el paciente asmático se manifiesta con episodios de tos, disnea y sibilancia que varían en un amplio rango de frecuencia y duración a nivel inter e intraindividual. La recogida de datos sobre estas manifestaciones clínicas puede realizarse mediante la entrevista o la demanda de información al paciente sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas experimentados. Aunque ha sido un método ampliamente utilizado tanto en la práctica clínica como en algunos estudios experimentales (Selner y Staundenmayer, 1979; Evans y cols., 1987), los datos obtenidos mediante este procedimiento presentan bajos índices de fiabilidad. Para Chai, Purcell, Brady y Falliers (1968, p. 28), «incluso cuando se quieren recordar períodos de 24 horas los juicios realizados presentan poca precisión. Cuando el período que se quiere recordar se prolonga a semanas e incluso meses, como ocurre frecuentemente en la práctica clínica, su valor es de poco interés para la evaluación del asma, particularmente de aquella poco severa y que no requiere inmediata asistencia médica».

Recientemente, Richards y cols. (1988) han elaborado dos escalas que permiten evaluar de forma más fiable la incidencia de los síntomas respiratorios y su grado de severidad. La escala que evalúa la incidencia de los síntomas de las manifestaciones asmáticas demanda información sobre la frecuencia de presentación en la dificultad respiratoria, tos, sibilancias, descenso en la tolerancia al ejercicio, incremento en la producción y/o densidad del esputo y cambios en su coloración. La incidencia de estos síntomas es estimada durante los últimos 7 días, y en las 24 horas anteriores, siendo alto el coeficiente de consistencia interna obtenido para ambos períodos temporales (0,85 para el primer caso y 0,84 para el segundo). En

CUADRO 28.3. *Relación entre las puntuaciones de padres y niños en el ASC con régimen de medicación y hospitalizaciones*

	Medicación					Hospitalizaciones				
	Medicación para los síntomas M	Medicación diaria M	Esteroides M	df	F	Ninguna M	Una M	Dos o más M	df	F
Niños (N=143)										
Síntomas físicos generales	59,7	62,0	64,0	2,14	0,88	62,9	66,7	65,5	2,11	0,70
Pánico-miedo	33,4	36,8	32,2	2,14	1,38	35,0	36,1	35,1	2,11	0,05
Hiperventilación/irritabilidad	21,4	22,9	22,6	2,14	0,35	23,0	22,1	21,8	2,11	0,96
Padres (N=115)										
Síntomas físicos generales	71,6	64,9	73,6	2,96	3,73*	67,6	74,4	73,4	2,79	1,81
Pánico-miedo	42,7	35,4	43,2	2,96	4,87**	36,4	45,8	38,9	2,79	3,04*
Hiperventilación/irritabilidad	27,6	22,7	30,8	2,96	9,08**	24,2	28,0	30,1	2,79	2,91

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.
FUENTE: Tomado de Fritz y Overholser (1989).

29. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN: LA DISMENORREA PRIMARIA Y EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

CRISTINA LARROY

I. INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre es hombre, capaz de observar los fenómenos que suceden a su alrededor y atribuirles un significado, ha considerado la menstruación de las mujeres como un suceso misterioso, a veces mágico, a veces tabú, otras veces impuro o pecaminoso, asociado frecuentemente a falsas creencias y supersticiones.

Los hombres primitivos creían dotada de una fuerza sobrenatural a la mujer menstruante, que sangraba sin presentar heridas o sin perder, por ello, su fortaleza, enfermar o morir. El Antiguo Testamento y el Corán recogen la prohibición de mantener relaciones sexuales con una mujer impura (que tiene la menstruación). En 1878 el *British Medical Journal* publicaba que una mujer menstruante corrompía la carne si la tocaba. Hoy en día, aún son muchas las personas que creen que si una mujer con la menstruación hace mayonesa, ésta se cortará; y muchas madres prohíben a sus hijas que se bañen, laven el pelo o caminen descalzas cuando están menstruando (Dalton, 1969; Sau, 1980; Larroy, 1989).

El mantenimiento de estas creencias supersticiosas se debe, fundamentalmente, a la falta de información existente acerca de la menstruación. En la mayoría de los casos es la madre la que ofrece la primera información, muchas veces incorrecta e incompleta a la joven menárquica (Brooks-Gunn y Ruble, 1982; Camarasa, Centelles y Bayés, 1987). En otros casos, la menarquía aparece sin que la niña/adolescente haya recibido ningún tipo de explicación; generalmente, cuanto antes aparece la menarquía, menor es la probabilidad de que la persona haya recibido información (Johnson, 1988). La información puede provenir también de las hermanas y de las amigas y, por último, puede recibirse en la escuela.

Todos estos estudios (una pequeña muestra de los que se han realizado sobre el tema) ponen de manifiesto el gran desconocimiento que, a nivel general, existe sobre la menstruación y que hace que este fenómeno permanezca aún para mucha gente en el umbral de lo extraño y lo desconocido. Además, si la ig-

Universidad Complutense de Madrid.

nores, irritabilidad, ansiedad, hostilidad, incremento del bienestar, impulsividad, estado mental "orgánico", retención de agua, malestar general, cambios autonómicos, cambios en condiciones físicas, fatiga y funcionamiento social alterado (Halbreich y Endicott, 1982).

V.1.3. «*Menstrual attitude questionnaire, MAQ* [Cuestionario de actitudes menstruales]»

El *MAQ*, desarrollado por Brooks-Gun y Ruble (1980), no evalúa directamente síntomas asociados al SPM o dismenorrea. Sin embargo, los factores "negativos" del cuestionario muestran una correlación de 0,58 con las escalas del *MDQ*, y contiene varios ítems relacionados con diversos cambios y trastornos menstruales, por lo que puede utilizarse en una completa evaluación de las mujeres que sufren estos trastornos.

El cuestionario consta de 46 ítems, evaluados en una escala de siete puntos (1 = total desacuerdo; 7 = total acuerdo) e identifica cinco factores o actitudes hacia la menstruación: como un suceso debilitador, como un suceso molesto, como un suceso natural, predicción del comienzo de la menstruación y anticipación de sus efectos, y negación de los efectos de la menstruación.

V.2. *Autorregistros*

Los autorregistros y gráficas mensuales han sido los instrumentos más utilizados en el diagnóstico del SPM. En estas gráficas, la mujer señala los días de su menstruación y los distintos síntomas que experimenta a lo largo del ciclo, utilizando un símbolo para cada uno de ellos. Un ejemplo de estas gráficas mensuales se recoge en el apéndice.

VI. CONCLUSIONES

En esta revisión se han presentado algunos de los instrumentos más utilizados en la medida de la dismenorrea y el síndrome premenstrual (dado que gran parte de la sintomatología se repite en ambos trastornos —de hecho, muchas veces difieren sólo en el momento de aparición de los síntomas— pueden utilizarse los instrumentos revisados para uno u otro trastorno indistintamente). En general, estos cuestionarios y escalas son una lista de síntomas que el sujeto ha de evaluar según una escala de frecuencias o de intensidad. Muchos de ellos, no vienen respaldados por estudios que confirmen su fiabilidad o su validez; en otros, como es el caso del *MSQ*, los estudios realizados dan como resultado una validez escasa.

APÉNDICE

CUESTIONARIO MENSUAL DE DISMENORREA (Larroy, 1989)

---

1) Indica en una escala de 0 a 10 (0 = ningún dolor; 10 = dolor muy intenso, incapacitante) la intensidad máxima del dolor en esta menstruación: ________________

2) En la misma escala, indica la intensidad media del dolor durante esta menstruación (desde que comenzó el dolor hasta que desapareció):________________________

3) Indica, en horas, la duración del dolor con su máxima intensidad: ______________

4) Indica, en horas, la duración total del dolor (desde que comienza hasta que desaparece): ____

5) Señala con una X los otros síntomas que se han presentado en esta menstruación:

Pecho hinchado y/o tenso	☐	Vientre hinchado	☐
Depresión, tristeza	☐	Irritabilidad	☐
Trastornos gástricos	☐	Fatiga, desgana	☐
Dolor de cabeza	☐	Malestar general	☐

6) El dolor y/o las molestias se han presentado:

☐ Unos días antes de la menstruación
☐ Unas horas antes o a la vez que la menstruación
☐ Unas horas después del comienzo de la menstruación

7) ¿Has utilizado medicación para aliviar el dolor y/o las molestias?: ____________
¿Qué y en qué dosis?: ____

8) ¿Has utilizado algún remedio casero (infusiones, alcohol, etc.) o alguna otra estrategia para combatir el dolor y/o las molestias?: ____________________________
¿Qué y cuánto?: ____

9) ¿Has abandonado tus actividades y permanecido en reposo debido al dolor?: _____
¿Cuánto tiempo?: ____

CUESTIONARIO DE DOLOR MENSTRUAL (Chesney y Tasto, 1975)

En cada frase, marca con una X la casilla que consideras que expresa mejor la frecuencia con que experimentas lo que se indica en cada una de las frases siguientes.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Me siento irritable, fácilmente agitada e impaciente pocos días antes de que empiece mi período.					
El primer día del período me duele el vientre.					
Unos días antes de mi período me siento deprimida.					
Un día antes de mi período tengo dolores abdominales y malestar.					
Me siento exhausta, letárgica o cansada unos días antes de mi período.					
Sólo sé que se acerca mi período mirando el calendario.					
Durante mi período tomo una medicación para el dolor.					
Durante mi período me siento débil y mareada.					
Antes de mi período me siento tensa y nerviosa.					
Durante mi período tengo diarrea.					
Unos días antes del período me duelen los riñones.					
Durante mi período tomo aspirinas para el dolor.					
Unos días antes del período noto los pechos sensibles y doloridos.					
El primer día de mi período me duelen los riñones, el vientre y la parte interior de los muslos.					
El primer día del período desearía estar en la cama, encogida, con una bolsa de agua caliente en el vientre o tomando un baño caliente.					

III.2. *Autorregistro*

El registro realizado por el mismo paciente es otra técnica usada con bastante frecuencia por distintas razones, entre las que destacan su bajo coste, la información que proporciona y la poca intrusividad que posee en el ambiente del sujeto. Sin embargo, la confiabilidad y validez de este instrumento para cada trastorno individual debe determinarse por separado. Aún con estos inconvenientes, el autorregistro de conducta es una técnica ampliamente usada, ya que el terapeuta no puede hacer una observación continua del paciente, y además el sujeto que presenta un trastorno odontológico es el candidato más idóneo para hacer el registro, ya que nadie mejor que él puede registrar sus propias conductas encubiertas. Es importante destacar que para que el autorregistro tenga validez es necesario un adecuado entrenamiento del paciente.

El autorregistro, como su nombre indica, consiste en solicitar al paciente que anote en un formulario desarrollado al efecto la conducta-objetivo. En nuestra práctica, utilizamos un autorregistro diseñado por Carrobles y Godoy (1987), el cual consiste en una ficha de unos diez centímetros de largo por cinco de ancho que posee distintas cuadrículas de forma que los días de las semana se encuentran en el lado izquierdo de la ficha en sentido vertical y en sentido horizontal cada columna señala una hora del día desde las 0 hasta las 24 horas. De esta manera, es posible anotar cualquier parámetro conductual (frecuencia, intensidad, duración o magnitud), localizando la coordenada de cada día y hora. Posteriormente, la revisión diaria o semanal del autorregistro permite obtener regularidades horarias, diarias o situacionales de la conducta-problema. Por ejemplo, en los casos de bruxismo diurno o nocturno es común observar un incremento de la conducta alterada en los períodos de mayor tensión o estrés para el paciente. El cuadro 30.1 muestra un ejemplo de este instrumento.

En nuestra práctica, utilizamos este autorregistro para evaluar el nivel de ansiedad, depresión y dolor manifestado por los pacientes que presentan disfunción de la articulación temporal-mandibular (DATM). De esta forma, permite conocer cuál/es situaciones concretas exacerban su padecimiento dental, lo que permitirá posteriormente una adecuada intervención.

Por lo que se refiere al bruxismo, Rosembaum y Ayllon (1981) solicitaron a sus pacientes que registraran en una ficha de ocho por trece centímetros, dividida en siete columnas que representaban los días de la semana, cada vez que se producía un episodio de bruxismo. Además, se les solicitó que en una escala de 0 a 5 (0 = sin dolor y 5 = dolor intenso) anotaran el nivel de dolor experimentado y los medicamentos ingeridos para contrarrestar el dolor.

III.3. *Autoobservación*

Este método es de gran utilidad en el registro de distintos trastornos dentales, debido a que algunos de ellos pueden ser poco evidentes a observadores exter-

formadas por tres letras y dos por seis (*BAT-Palabras*). Una versión modificada del *BAT* (Gil, Collins y Odom, 1986) utiliza diapositivas con las 26 letras del alfabeto colocadas al azar en un proyector de diapositivas al que se ha quitado la lente. El sujeto, mirando a través del cilindro del proyector desde tres diferentes distancias indica, tras 2 u 8 segundos de exposición, la letra presentada, el grado de claridad con que la percibe en una escala de 5 puntos (1 = totalmente borrosa; 5 = perfectamente clara) y el grado de confianza en la respuesta en una escala similar (1 = ni idea; 5 = totalmente seguro).

Carrobles y cols. (1986) desarrollaron el *Test conductual de agudeza visual (TECAVIS)*, que consta de 40 palabras (30 usuales y 10 sin sentido, para eliminar la posibilidad de generalización, de habituación a la tarea y de reconocimiento) que se proyectan en negativo (letra blanca sobre fondo negro), utilizando un proyector de diapositivas. La proyección se realiza a tres distancias, 4 m (visión telorámica), 1,5 m (visión mesorámica) y 0,5 m (visión ancorámica), pidiendo al sujeto que las lea o deletree. Si en los diferentes ensayos las respuestas son correctas se va reduciendo gradualmente el tamaño del estímulo hasta que el sujeto falla, obteniendo así el estímulo más pequeño percibido. Después, el procedimiento se realiza a la inversa, empezando por tamaños en los que el sujeto no reconoce el estímulo hasta que discrimina correctamente. El umbral queda determinado por el promedio de los tamaños finales en ambas secuencias.

La agudeza visual se calcula según la fórmula:

$$AV = \frac{D \times 1{,}46}{H}$$

en donde, D = distancia en metros del sujeto al estímulo; H = tamaño en milímetros del estímulo; y 1,46 es una constante.

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos según el procedimiento test-retest, con 30 minutos de intervalo, van desde 0,91 (agudeza visual telorámica binocular) hasta 0,99 (agudeza visual ancorámica ojo derecho) (Carrobles y cols., 1986).

Las medidas conductuales de agudeza visual que acabamos de presentar son de indudable valor para el psicólogo clínico, suponiendo un importante avance sobre las medidas de tipo convencional. Sin embargo, presentan algunos problemas, entre los cuales el más importante es la utilización del mismo tipo de material que el que se utiliza en el entrenamiento (letras y palabras), por lo que no son las medidas más adecuadas de los efectos del tratamiento, así como de la generalización de los efectos del mismo.

III. 3. *Propuesta de un modelo de evaluación de la miopía*

La primera medida que se utilizó en este modelo de evaluación de la miopía fue la distancia en centímetros de lectura de las tarjetas que se usan en el trata-

31. EVALUACIÓN DE LA MIOPÍA

JUAN F. GODOY Y ANDRÉS CATENA

I. INTRODUCCIÓN

La visión es uno de los procesos humanos más complejos e importantes. Por una parte, el sistema visual, encargado de convertir la energía lumínica (una gama de las radiaciones electromagnéticas) en percepciones visuales, comprende muy variados componentes periféricos y centrales. La actividad conjunta de los mismos (refracción de los rayos y formación de imágenes en la retina, actividad fotoquímica de los fotorreceptores de la retina, actividad nerviosa de las células bipolares, horizontales y ganglionares, conducción aferente hasta la corteza estriada y procesamiento central de la imagen) determina la percepción de los objetos y de las características del espacio.

Por otro lado, la importancia adaptativa del proceso es fundamental. Basta recordar como evidencia de la misma que los 7 millones de conos y 120 millones de bastones de la retina forman el 70% del total de los receptores corporales, siendo los 2 millones de fibras de los nervios ópticos la tercera parte de las fibras aferentes cerebrales. Cabe deducir por esto que la vista es uno de nuestros sentidos dominantes y que los trastornos o alteraciones de la misma son, como bien saben los que los padecen, tremendamente incapacitantes.

Aunque la psicología ha dedicado en toda su historia un gran interés a la visión, ha sido sólo en los últimos años cuando éste se ha derivado, debido a los importantes componentes conductuales (hábitos visuales, uso/abuso de correctores, higiene visual, etc.) que intervienen en su génesis y evolución, hacia la elaboración de estrategias conductuales de evaluación y tratamiento de ciertos trastornos de la visión tales como la miopía, el estrabismo, el nistagmo y el glaucoma, entre otros.

En este capítulo, nos centraremos en la evalución clínica de la miopía. En primer lugar, presentamos el concepto, los mecanismos anatomofisiológicos explicativos y los tipos de miopía, así como los principales datos epidemiológicos disponibles. En segundo lugar, se describirán las estrategias de evaluación de la misma, tanto las optométricas convencionales como las de tipo conductual, finalizando con una propuesta de un modelo integrador de evaluación clínica de la miopía.

Universidad de Granada.

diabetes tipo II o diabetes del adulto. Se presenta por lo general después de los treinta años y se asocia con la obesidad. Así, las condiciones de su tratamiento son pérdida de peso, control dietético y, en ocasiones, medicación hipoglucemiante y/o insulina.

Los componentes básicos para el cuidado de ambos tipos de diabetes son básicamente similares y consisten en el seguimiento de un régimen alimenticio, de ejercicio físico, la administración diaria de insulina y/o antidiabéticos orales, análisis periódicos de glucosa en orina o sangre, y ciertos cuidados generales de salud. En consecuencia, la normalización glucémica y la prevención de complicaciones dependen, en último término, de la adhesión activa del paciente al tratamiento. El paciente debe adquirir una serie de habilidades con distinto grado de complejidad que, muchas veces, exigen la modificación de sus hábitos anteriores. Ahora bien, el seguimiento de las prescripciones es particularmente pobre. Se estima que sólo entre un 7 y un 20% cumple todas las condiciones, mientras que un 75% incumple su dieta o un 80% comete errores en la administración de insulina (Surwit, Feinglos y Scovern, 1983).

Así, los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y, por tanto, con el propio ajuste metabólico, son un asunto fundamentalmente conductual sujeto a la evaluación e intervención psicológica, además de la médica. Pero, además de otras variables psicológicas, en particular la personalidad o el estrés pueden jugar un papel importante en el curso y el control de la diabetes. Ha de tenerse en cuenta que la evolución de la diabetes, en tanto que es una enfermedad cuyos mecanismos implican al sistema neuroendocrino y, por tanto, los procesos de relación con el entorno, no es independiente de la conducta del individuo.

A continuación, el tratamiento de la evaluación de las implicaciones psicológicas en diabetes se desarrollará en dos apartados fundamentales. El primero relativo al control del tratamiento y el autocuidado de la enfermedad; y el segundo, acerca del papel de los factores psicológicos y sociales en el curso de la diabetes.

II. EL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

II.1. *Diagnóstico y determinaciones clínicas*

Las manifestaciones clínicas características de la diabetes mellitus son fundamentalmente las siguientes: poliuria, polidipsia, polifagia, astenia, adelgazamiento, cetonuria, infecciones cutáneas recidivantes y prurito. No obstante, el diagnóstico de diabetes debe confirmarse siempre con pruebas de laboratorio. Estas pruebas consisten en la medición de los valores de glucemia plasmática, bien en ayunas o basales, o bien tras una sobrecarga de glucosa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como característico de la diabetes me-

III. REPERCUSIÓN DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN EL CURSO DE LA DIABETES

III.1. *Influencia de la personalidad*

La influencia psicológica en el curso de la diabetes ya fue referida en 1899 por Maudsley, quien propuso que la depresión y la ansiedad prolongada podían considerarse un antecedente causal en el inicio de la diabetes. Estas observaciones se integraron en el presente siglo en el paradigma conceptual de la medicina psicosomática influida decisivamente por la teoría psicoanalítica. Las formulaciones psicosomáticas de la diabetes se desarrollaron a partir de la formulación de Menninger (1935) de "personalidad diabética" caracterizada por un estado de vigilancia disminuido, apatía, preocupaciones hipocondriacas y, especialmente, vulnerabilidad a la depresión.

Los estudios sobre la personalidad diabética presentan importantes déficit metodológicos y conceptuales. Debe destacarse la inadecuada selección de las muestras experimental y control, ausencia de criterios de control metabólico válidos o el empleo de instrumentos poco fiables. Cuando se han aplicado tests de personalidad tipificados (*MMPI*, *16PF*) no se han encontrado perfiles persistentes de personalidad en los pacientes con diabetes. Estudios controlados relativos a la personalidad de los diabéticos adultos (Dunn y Tartle, 1981) o niños (Johnson, 1980) no han encontrado pruebas de la existencia de una personalidad diabética.

En la actualidad, no se puede sostener una concepción de personalidad separada de las condiciones sociales, patrones de conducta y procesos fisiológicos. De ahí que los intentos por encontrar un modelo de personalidad común a tipos de individuos, prefigurado y "libremente flotante" (es decir, desconectado de concretas y definibles condiciones estimulares y neuroendocrinas) haya fracasado. Y, en cualquier caso, el intento de hallar un patrón de rasgos de personalidad es irrelevante. Aunque se encontrase una correlación, no se sabría si la ineficacia del paciente para autocontrolar su diabetes e impedir descompensaciones favorece la conducta depresiva, o bien si individuos con una "personalidad depresiva" están sujetos a formas lábiles de diabetes. En último término, esto obligaría a plantearse cuáles son los déficit del diabético con su tratamiento y con sus interacciones en la vida cotidiana. En definitiva, por su inoperancia este enfoque sólo tiene interés como una aproximación arqueológica en el estudio de la influencia de la conducta en el curso de la diabetes.

III.2. *Influencia del estrés*

Actualmente, no sólo no existe ninguna evidencia que sostenga la causación psicológica lineal de la diabetes sino que es contraria a los puntos de vista actuales

bolic control in patients with type I diabetes mellitus. *New England Journal Medicine, 314*, 1078-1084.

Krosnick, A. (1980). Self-management, patient compliance and the physician. *Diabetes Care, 3*, 124-126.

Lipowski, Z. J. (1984). What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic enquiry. *Psychosomatic Medicine, 26*, 153-171.

Lustman, P. J., Carney, R. y Amado, H. (1981). Acute stress and metabolism in diabetes. *Diabetes Care, 4*, 658-659.

Mann, N. P., Noronha J. L. y Jonhston, D. I. (1984). A prospective study to evaluate the benefits of long-term self-monitoring of blood glucose in diabetic children. *Diabetes Care, 7*, 322-326.

Mason, J. W. (1975). Emotion as reflected in patterns of endocrine integration. En L. Levi (Comp.) *Emotions; their parameters and measurement*. Nueva York. Raven Press.

Maudsley, H. (1899). *The patology of mind*. Nueva York. Appleton.

Mazze, R. S., Shamoon, H. y Pasmantier, R. (1984). Reliability of blood glucose monitoring by patients with diabetes mellitus. *American Journal Medicine, 77*, 211-217.

Mazzuca, S. A. (1982). Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *Journal of Chronical Disease, 35*, 521-529.

Menninger, W. C. (1935). The inter-relation of mental disorders and diabetes mellitus. *Journal Mental Science, 35*, 81, 332-339.

Mutch, W. J. y Dingwall-Fordyce, I. (1985). Is it a hipo? Knowledge of the symptoms of hypoglycaemia in elderly diabetic patients. *Diabetic Medicine, 2*, 54-56.

Pérez-Álvarez, M. y Fernández, C. (1992). Programa para la adhesión al tratamiento en diabéticos ciegos. En F. X. Méndez y D. Maciá (Comps.) *Intervención comportamental en contextos comunitarios*. Madrid. Pirámide.

Rosenstock, I. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regiments. *Diabetes Care, 8*, 610-616.

Scheafer, L. C., Glasgow, R. E. y McCaul, K. D. (1982). Increasing the adherence of diabetic adolescents. *Journal Behavioral Medicine, 5*, 353-362.

Shillitoe, R. W. (1988). *Psychology and diabetes. Psychological factors in management and control*. Londres. Chapman and Hall.

Surwit, R. S., Feinglos, M. N. y Scovern, A. W. (1983). Diabetes and behavior: a paradigm for health psychology. *American Psychologist, 38*, 225-262.

Tattersall, R. B. (1985). Self monitoring of blood glucose. En K. Albern y L. Krall (Comps.) *The diabetes manual*. Amsterdan. Elsevier.

Tchobroutsky, G. y Elgrably, F. (1985). The control of diabetes. En R. Kaplan y M. Criqui (Comps.) *Behavioral epidemiology and disease prevention*. Nueva York. Plenum Press.

Toobert, D. y Glasgow, R. (1991). Prooblem solving and diabetes self-care. *Journal of Behavioral Medicine, 14*, 1, 71-86.

Watkins, P. J. (1985). Pros and cons of continuous subcuteneous insulin infusion. *British Medicine Journal, 290*, 655-656.

Wing, R. R., Epstein, L. H., Nowalk, M. P. y Lamparski, D. M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin, 99*, 78-79.

Wing, R. R., Epstein, L. H., Nowalk, M. P. y Scott, N. (1988*a*). Self-regulation in the treatment of type II diabetes. *Behavior Therapy, 19*, 11-23.

trastorno afecta al 6% de las mujeres y al 25% de los hombres, siendo la enfermedad inflamatoria articular más común en Gran Bretaña. La etiología de la artritis reumatoidea es desconocida, por lo que no puede ser curada, siendo el objetivo de las intervenciones médicas el alivio de los síntomas. Además, muchos de los tratamientos tienen efectos secundarios desagradables o potencialmente peligrosos.

La aproximación psicológica a la artritis reumatoidea existe desde hace mucho tiempo. El médico árabe Rhazes trató a un paciente con una técnica psicoterapéutica y relacionó el trastorno con la incapacidad del sujeto para experimentar y expresar la agresión. Brodie en 1842 afirmaba que, entre las clases más altas de la sociedad, al menos las cuatro quintas partes de las mujeres que comúnmente se creían con enfermedades de las articulaciones, padecían histeria. Jones (1909) considera que el origen de la artritis reumatoidea es muy oscuro: los *shocks* mentales, la ansiedad continua y la preocupación pueden determinar el comienzo del trastorno o provocar una exacerbación.

A partir de la década de los años treinta, la preocupación se centraba en dos áreas; por un lado, las relaciones con las situaciones de estrés y, por otro, la identificación de una personalidad artrítica. Nissen y Spencer (1936), Thomas (1936) y McGregor (1939) investigaron las relaciones entre situaciones estresantes y exacerbaciones de la enfermedad. Estos autores señalaron que el pesar, la penuria económica, daños diversos, los desengaños amorosos y la separación del ambiente familiar se relacionaban con la artritis reumatoidea.

Entre las primeras tipologías se encuentran las que aparecen en los estudios de Halliday (1941). Este autor describe a las mujeres con artritis reumatoidea como autorrestringidas, independientes, tranquilas emocionalmente y marcadamente compulsivas; la mayor parte era autosuficiente, muy pocas tenían amigos/as íntimos/as y, a menudo, mostraban una personalidad dominante. Johnson, Shapiro y Alexander (1947) apoyaban los descubrimientos de Halliday. Estos autores añadían que los sujetos con artritis reumatoidea durante su infancia eran vigorosos y competitivos, lo que se suponía que representaba una rebelión contra la dominancia parental.

La investigación sobre la artritis reumatoidea se desarrolla en la década de los años cincuenta y sesenta, y cada investigador añade términos descriptivos y especulaciones sobre la dinámica infantil. Por ejemplo, en esta época se mantiene que los sujetos con artritis reumatoidea reprimen la hostilidad y por eso son intrapunitivos. Esto se une a la multitud de los estudios anteriores (Ludwig, 1952) que caracteriza a los reumáticos como latentemente hostiles, que experimentan dificultades interpersonales y que tienen madres no emocionales y padres autoritarios.

En la mitad de la década de los años sesenta se empiezan a realizar estudios controlados. Varios investigadores intentan delimitar la personalidad artrítica con medidas relativamente objetivas como el *Inventario de personalidad multifásico Minnesota (MMPI)* (Nalven y O'Brien, 1964; Bourestom y Howard, 1965;

Moos y Solomon, 1965), más que con los tests proyectivos utilizados por los investigadores anteriores.

Durante la década de los años setenta se cuestiona la existencia de la personalidad reumática (Spergel, Ehrlich y Glass, 1978) y aparecen trabajos que no encuentran diferencias significativas entre sujetos con artritis reumatoidea y otros (Crown y Crown, 1973) o que estas diferencias se deben a la naturaleza crónica de la enfermedad (Robinson, Kirk, Frye y Robertson, 1972; Crown, Crown y Fleming, 1975). En el campo de la evaluación durante esta década aparece la formación y la estabilización de los índices funcionales *Polyarticular disability index* [Índice de discapacidad poliarticular]; *Keitel functional test* [Test funcional de Keitel]; *Index of functional impairment* [Índice de deterioro funcional], que fueron un excelente preludio de las medidas que iban a aparecer posteriormente.

En la década de los años ochenta, según algunos autores (Wolfe y Pincus, 1991) se produce uno de los principales logros de la reumatología: el desarrollo de las medidas psicométricas estandarizadas para la evaluación de los reumatismos. Esto ha sido posible gracias a la colaboración de los psicólogos con los reumatólogos en la búsqueda de formas objetivas de evaluación. Conviene destacar en esta década la utilización de un conjunto de instrumentos de evaluación habituales en medicina conductual en sujetos con artritis reumatoidea y la constatación de que estos instrumentos estaban sesgados por la enfermedad en sí misma, como es el caso del *Inventario de depresión de Beck* (BDI) y el MMPI.

Al finalizar la década de los años ochenta y durante los primeros años de la década de los noventa se ha constatado el surgimiento de instrumentos específicos para la evaluación de la artritis reumatoidea, así como la búsqueda de instrumentos de evaluación específicos para otros trastornos reumáticos, como la fibromialgia, y la corrección de los instrumentos normalmente utilizados para adaptarlos a las características de la enfermedad.

III. CONDUCTAS DE SALUD

Existe una serie de conductas de salud dirigida a prevenir el deterioro o a paliar la enfermedad determinante en el desarrollo de la artritis reumatoidea. Este conjunto va desde la aplicación de conductas de autoayuda, como puede ser aplicarse calor o frío en la articulación o alguna técnica de afrontamiento psicológico de la enfermedad, hasta mejorar el tono muscular con ejercicio, empleo de ayudas como el bastón en la mano contralateral y adelgazar o tener una alimentación adecuada para sujetos obesos.

El desarrollo de instrumentos de evaluación de estas conductas de salud es considerable; sin embargo, falta una importante investigación básica que determine qué comportamientos realmente posibilitan un cambio en el trastorno.

Entre los instrumentos de evaluación destaca el *Behavior inventory* [Inven-

evaluación conductual. Son relativamente fáciles de realizar, incluso por el propio sujeto afectado de artritis reumatoidea y son observables.

VI.1. *Índices articulares*

Los índices articulares constituyen la forma más sencilla de registro de la actividad en la enfermedad. No obstante, hay poco acuerdo sobre qué articulaciones deben ser seleccionadas y examinadas. Son medidas útiles y baratas de información clínica y experimental. Pueden ser rellenadas en intervalos como un indicador de la actividad de la enfermedad con un coste mínimo.

VI.1.1. «*Ritchie Index* [Índice Ritchie]»

Este instrumento gradúa la sensibilidad de diferentes grupos de articulaciones. La exploración consiste en presionar las articulaciones cuando son superficiales o movilizarlas cuando son profundas. La evaluación se hace en una escala de 0 a 3 (0 = no hay dolor, 1 = dolor, 2 = el dolor se acompaña de muecas, 3 = el dolor se acompaña de retirada). El índice se obtiene sumando todos los valores. Como vemos, la evaluación se realiza sobre conductas de dolor (con mueca, retirada y expresiones verbales de dolor). Comparando cuatro índices, Thompson y cols. (1991) encontraron que la gradación era una fuente importante de error y que de los cuatro índices analizados, el Índice Ritchie era el que mayor error había mostrado. Estos resultados tienen lógica, por la no utilización de sujetos entrenados en técnicas de observación y por no delimitar las conductas de dolor.

VI.1.2. «*American Rheumatism Association index* [Índice de la Asociación Americana de Reumatismo]»

Este índice evalúa el número de articulaciones sensibles o inflamadas, habiéndose encontrado importantes variaciones interobservadores (Eberl y cols., 1976).

VI.1.3. «*Lansbury Index* [Índice Lansbury]»

Este índice tiene en cuenta la gravedad de la inflamación, variando entre observadores experimentados y no debería ser utilizado en la práctica clínica (Lansbury, Baier y McCrackers, 1962).

También se ha utilizado la observación de conductas de dolor, que son movimientos observables de los sujetos con artritis reumatoidea. Keefe y Block (1982) desarrollaron un método de observación conductual para sujetos con dolor lumbar. Posteriormente, se adoptó para su utilización en sujetos con artritis reumatoidea (McDaniel y cols., 1986). Estos autores informaron que el acuerdo interjueces iba del 96 al 100% para conductas de dolor específicas, y los coeficientes Kappa iban de 0,80 a 1,0; la validez de contructo fue evaluada por Anderson y cols. (1987).

Esta metodología consiste en pedir a cada sujeto que identifique las articulaciones y áreas del cuerpo en las cuales experimentan dolor. Al sujeto se le graba en vídeo durante un intervalo de 10 minutos, mientras realiza una secuencia estandarizada de acciones como sentarse, caminar, estar de pie y estar reclinado. La secuencia incluye períodos de estar sentado de uno y dos minutos, períodos de estar de pie de uno y dos minutos, dos períodos de estar reclinado de un minuto, y dos períodos de un minuto de estar caminando. Posteriormente, se observa el registro de vídeo, puntuando independientemente dos evaluadores entrenados. Con la finalidad de puntuar cada registro de vídeo, la sesión de diez minutos fue dividida en veinte intervalos de treinta segundos. Cada intervalo consistía en una fase de observación de veinte segundos durante los cuales los evaluadores observaban la ocurrencia de la conducta específica, y una fase de registro de diez segundos durante los cuales los evaluadores anotaban en una hoja de registro las conductas específicas que habían sido observadas. Para cada intervalo, una conducta observada era registrada sólo una vez independientemente del número de veces que ocurriera durante el intervalo. Se realiza una puntuación de conductas de dolor global para cada sujeto que representa la suma durante los veinte intervalos de observación de las frecuencias registradas de las conductas de dolor.

La observación conductual del dolor está relativamente libre de la influencia de la ansiedad y la depresión en el momento de que la conducta del sujeto se registra en vídeo por un técnico entrenado. Sin embargo, cuando se hacen observaciones en vídeo de la conducta durante las interacciones entre el sujeto y el terapeuta, la conducta de dolor está asociada al malestar afectivo. Bradley (1989) sugirió que, aunque el procedimiento con vídeo era más complejo que el método de observación en vivo, el primero debería ser utilizado en las investigaciones que requieren una medida independiente del problema emocional (preensayos de intervención clínica).

XII. CONCLUSIONES

La reumatología conductual es un campo injustamente olvidado por la medicina conductual, debido a que la mayor parte de la bibliografía se encontraba en revistas relacionadas con el reumatismo y no con la psicología.

ción del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo (promoción o preocupación por incrementar los determinantes de la salud, prevención para detener las causas de los problemas de salud y tratamiento con el fin de recobrar la salud).

1.1. *Concepto de salud*

El hecho de que, frecuentemente, se defina el estado de salud en función de la ausencia de signos que provocan el funcionamiento inadecuado del cuerpo, o como la ausencia de enfermedad, genera una serie de problemas derivados de considerar los términos de salud y de enfermedad como independientes, cuando en realidad no lo son por existir grados tanto de salud como de enfermedad.

Algunos investigadores, como Ryan y Travis (1981), están de acuerdo con esta perspectiva dinámica de la salud-enfermedad, por lo que defienden que ambos conceptos no se pueden delimitar por separado, ya que pertenecen a un *continuum* que va desde el extremo negativo, que incluye la presencia de procesos destructivos con signos, síntomas e incapacidades características (enfermedad), al extremo positivo, en el que el bienestar físico, mental y social es el estado dominante (salud).

Tal y como es concebida hoy en día la salud, es evidente que, con el paso de los años, los significados atribuidos a ese término han ido cambiando, y se ha dotado a este concepto de una mayor complejidad, que posibilita entender la salud como algo más que la mera ausencia de signos que provocan que el cuerpo no funcione adecuadamente (por ejemplo, la presión arterial elevada) y de síntomas de enfermedad o lesión (por ejemplo, dolor o náuseas).

El primer intento realizado para liberar la definición de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, incluyendo en la salud, aparte del bienestar físico, el mental y el social, definiéndose la salud como un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez. A pesar de que esta consideración de la salud sigue sin estar completa, refleja ciertamente una concepción multidimensional de la misma, o alusión implícita a factores varios que inciden en el comportamiento saludable y, aunque de modo virtual, incluye asimismo la promoción o fomento de la salud. Debido a ello, y a la concienciación de que ésta se puede transmitir a las personas por medio de diferentes métodos educativos, dirigidos a instaurar conductas, o a modificar las necesarias para posibilitar mejoras en la misma, el punto de vista actual acerca del significado del término salud relaciona a éste con la calidad de vida, por lo que se la define como «un estado de la mente, una proyección de nuestras creencias acerca de la naturaleza y perfección humanas, y acerca de nuestros juicios de valor sobre lo que constituye una buena persona en una buena sociedad» (Rubinson y Alles, 1984, p. 40).

luarlos (véase el apartado II.3), y para la inclusión de posibles nuevos factores es necesario analizar los resultados de estudios y programas previos.

Al contar con todas estas parcelas de información es ya posible trazar unas estrategias de educación para la salud más adecuadas, las cuales incluyen una combinación de métodos, aproximaciones y técnicas para trabajar con los diferentes factores que, implícita o explícitamente, determinan las conductas de salud.

b. *Evaluación del proceso.* Esta segunda parte de la evaluación permite identificar aspectos que pueden dificultar o facilitar la implantación del programa de educación para la salud. Para ello, la evaluación se debe centrar en la estimación de los siguientes aspectos:

1. La exactitud de las experiencias de aprendizaje en las distintas partes del programa.
2. La adecuación de los recursos humanos, materiales y financieros utilizados en el programa para cada actividad.
3. Aspectos intrínsecos al programa en lo relativo a su ventaja con respecto a la situación previa de la población, a su compatibilidad y a su utilidad (Rogers y Shoemaker, 1971), lo que va a posibilitar sintetizar los logros y las dificultades del programa.

Por medio de la estimación de estos aspectos se pueden introducir modificaciones encaminadas a mejorar el programa antes de su implantación definitiva. En resumen, la evaluación del proceso es una evaluación periódica para examinar el progreso de la actividad del programa de acuerdo con sus objetivos.

c. *Evaluación del programa.* La tarea de evaluación en esta última etapa es sumamente importante, ya que consiste en estimar los logros del programa una vez puesto en funcionamiento, permitiendo de esta forma efectuar e incorporar posibles cambios futuros en el programa para su completa eficacia.

Son muchos los investigadores que destacan la relevancia de la evaluación de los programas de educación para la salud; entre ellos, Basch (1984) y Cornachia y cols. (1988) manifiestan que esta evaluación permite extraer conclusiones fidedignas acerca del impacto que el programa puede tener sobre la vida de quienes son instruidos mediante el mismo. Basch y cols. (1985) señalan que, para evaluar los resultados de un programa de educación para la salud, a la hora de analizar la relación entre la actividad del programa y los objetivos perseguidos con el mismo, hay que evaluar el grado de implementación del programa. La inclusión de medidas de implementación permite:

1. El mantenimiento a largo plazo del programa.
2. Aumentar la validez de las distintas evaluaciones realizadas a lo largo de todo el proceso, ya que éstas por sí solas no permitirían explicar por qué tienen

programas de educación para la salud, cuyo principal objetivo es producir cambios favorables en el comportamiento de las personas. Todos estos cambios conducen a la necesidad de elaborar planes de salud sistemáticos, es decir realizados a partir del análisis y formulación científica de los problemas de salud, para lo que resulta imprescindible la evaluación. Así, por medio del proceso de evaluación es posible operativizar los objetivos amplios de la educación para la salud (promoción y prevención), lo que exige el empleo de distintas técnicas y procedimientos de evaluación y comparación indispensables para conocer la eficiencia con que se ejecuta un determinado programa. En definitiva, el proceso de evaluación en la educación para la salud es esencial para poder observar los progresos de salud conseguidos.

Aunque la evaluación en el campo de la salud es un aspecto reciente, existe el reconocimiento unánime de su importancia, por lo que se han desarrollado desde múltiples perspectivas diferentes propuestas de esquemas operativos para este proceso. En esta línea, hemos sugerido un modelo de evaluación que, contando con las metas de la educación para la salud, ha pretendido aportar un modo de poder comparar los objetivos del programa con los resultados alcanzados tras su ejecución. Los pasos o fases fundamentales de este modelo son: a) estimación de las necesidades y problemas de salud a través de encuestas, cuestionarios, análisis de informes y datos, etc., pudiendo de esta forma fijar los objetivos del programa de educación para la salud; b) identificación y selección de prácticas de salud vinculadas a problemas de salud, utilizando cuestionarios para establecer las conductas sobre las que se va a centrar el programa; c) evaluación de la importancia de los factores determinantes de las conductas de salud, empleando escalas y cuestionarios específicos; d) comparación analítica entre la evaluación inicial y las distintas fases de ejecución del programa (experiencias de aprendizaje, recursos humanos y materiales, situación de la población a quien va dirigido, etc.), lo que permite mejorar el programa antes de su implantación definitiva; e) comparación entre las realizaciones logradas y los objetivos establecidos, para así poder estimar la eficacia del programa.

Finalmente, es preciso destacar que la evaluación de los programas de salud es tanto de naturaleza cuantitativa, cuando se estima hasta dónde se han logrado los objetivos del programa, los cuales obviamente deben haber sido descritos de modo preciso con anterioridad, como cualitativa, cuando se quiere observar la eficacia con que se desarrolla el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Basch, C. E. (1984). Research on disseminating and implementing school health education. *Journal School Health, 54*, 57-66.

35. MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

F. JAVIER PÉREZ-PAREJA

I. INTRODUCCIÓN

En el transcurso de los últimos años, términos como epidemiología o epidemiológico aparecen frecuentemente ligados a los estudios relacionados con las denominadas ciencias de la salud. Sin embargo, la revisión de los trabajos realizados sobre los aspectos conceptuales y metodológicos de dicha área del conocimiento presentan cierto grado de confusión que responde, por una parte, a la relativa juventud de esta ciencia y, por otra, a su carácter multidisciplinario.

La epidemiología, como ciencia de la salud, ha sufrido un desarrollo paralelo al resto de las ciencias de la salud, que a su vez han evolucionado fundamentalmente ligadas al concepto salud-enfermedad. Asimismo, la epidemiología se ha nutrido de los avances de otras ciencias tales como la biología, la medicina, la psicología, la sociología, las matemáticas (estadística), etcétera.

En este ámbito, los modernos conceptos de salud han ido trasladando su interés desde una concepción individualizada del paciente a una concepción fundamentalmente comunitaria. La salud se ha transformado en un objeto de conocimiento ligado a aspectos fundamentalmente comunitarios y de interés multidisciplinario (Pérez-Pareja, 1991), donde la epidemiología se ha ido constituyendo en una ciencia básicamente instrumental y en un método de investigación encargado de identificar y evaluar los factores determinantes de los estados de salud y enfermedad de las distintas comunidades.

De esta manera, el concepto de epidemiología se encuentra ligado a la historia del concepto de salud. Igualmente, las intervenciones sanitarias se plantean (o deberían plantearse) desde el conocimiento de la situación epidemiológica de las comunidades a las que van dirigidas. Para ello, las ciencias de la salud intentan identificar las formas y normas de funcionamiento de las mismas, así como los valores y conductas de sus pobladores para determinar la posible influencia que dichos factores tienen sobre las causas y características de la morbilidad comunitaria.

Por otra parte, y desde el punto de vista metodológico, en los estudios de carácter epidemiológico se nota cierta confusión terminológica en el uso de conceptos como método o técnicas metódicas. En ocasiones, podemos leer que al hablar del método propio de la epidemiología se confunde el método de toda

Universidad de las Islas Baleares.

puntúan sobre un formato tipo Likert de 1 a 4 (desde «nada importante» hasta «muy importante»).
Fiabilidad: 0,70.
Naturaleza: cuantitativa.
Objeto de estudio: valor concedido a diversos aspectos que influyen en la salud.

2.5. Locus *de control*

Escala de locus de control interno-externo
Autor: Rotter.
Año: 1966.
Población: adultos.
Contenido: 29 ítems que permiten estimar la percepción de control personal (control interno) y el papel que se le asigna a la suerte (control externo) ante ciertos acontecimientos de la vida.
Naturaleza: cuantitativa.
Objeto de estudio: grado de control interno-externo.

Escala de locus de control
Autor: Strickland.
Año: 1973.
Población: niños y adolescentes.
Contenido: con 40 cuestiones de alternativa dicotómica se estima el grado de atribución de externalidad e internalidad con respecto al control percibido del sujeto sobre diversas situaciones de su propia vida.
Naturaleza: cuantitativa.
Objeto de estudio: percepción de control (interno-externo) que los sujetos tienen sobre varios acontecimientos significativos de su vida.

2.5.1. *Locus* de control de salud

Escala de locus de control de salud
Autores: Parcel y Meyer.
Año: 1978.
Población: niños y adolescentes.
Contenido: 20 cuestiones de alternativa dicotómica que evalúan el grado de atribución de externalidad, internalidad y el poder de otros con respecto al control percibido de los niños y los adolescentes sobre su propia salud.
Naturaleza: cuantitativa.
Objeto de estudio: percepción de control que los niños tienen sobre su propia salud.

Escala multidimensional de lugar de control de salud
Autor: Wallston.
Año: 1978.
Población: adultos.
Contenido: 18 ítems de alternativa dicotómica que evalúan el grado de atribución de

nociones como función, variabilidad y adaptación, en gran parte como aportación de la psicología científica (entre otras ciencias), que han contribuido significativamente al desarrollo de dicha área de conocimiento.

Por otra parte, la evolución del concepto de salud ha ido influyendo sobre el concepto de epidemiología, que a su vez y en función de su propio desarrollo, ha contribuido a modificar el de salud. Así, la epidemiología ha tenido un notable avance en el campo de la evaluación de la salud y de los indicadores de la salud, entre los que destaca la extensión del concepto de morbilidad. Es igualmente reseñable que en los momentos actuales las ciencias de la salud no sólo hacen hincapié en el estudio de la presencia o ausencia de la enfermedad, sino que se presta especial interés a las consecuencias de la enfermedad. Conceptos como deficiencia o incapacidad se han incorporado paulatinamente a una concepción más integradora de la salud.

Como consecuencia de este proceso de reconceptualización podríamos definir la salud como «el equilibrio dinámico positivo entre las capacidades y las potencialidades biológicas, psicológicas y sociales de los individuos y las condiciones medioambientales en que se desenvuelven» (Alonso, 1991, p. 18). Este equilibrio, según San Martín (1981) y Pérez-Pareja (1983), oscilaría entre dos extremos teóricos, donde en uno de ellos se encontraría la máxima salud o equilibrio perfecto entre los elementos antes citados y en el otro extremo se situaría la enfermedad o desequilibrio. Entre dichos extremos existiría un continuo, en el que la pérdida de grados de salud se acercaría a la ganancia de grados de enfermedad.

b. *El proceso de enfermar*

Considerar a la salud como un estado, con lo que dicho término implica de proceso estático y en cierta medida inmutable, no sería real. En la mayoría de los casos, la salud y la enfermedad son procesos superpuestos y no necesariamente opuestos. Este hecho determina que resulte muy difícil situar una frontera nítida entre las variaciones de la salud y de la enfermedad, pudiéndose pasar de lo "normal" a lo "patológico" de forma lenta o bruscamente.

Desde la perspectiva de las ciencias biomédicas, la palabra "normal" es utilizada frecuentemente como sinónimo de salud. Sin embargo, otras ciencias de la salud, fundamentalmente la psicología, consideran que su objeto de estudio, la conducta, tanto si es "normal" como "patológica", está sometida a los mismos principios y leyes que explican su adquisición, mantenimiento o extinción y que la única diferencia entre ambas es de carácter cuantitativo. De esta manera, podemos considerar lo "normal" como el promedio, o lo que no se desvía del valor medio; es decir, un valor normal se corresponde con variaciones más o menos intensas alrededor de un promedio característico para una población dada y en un ambiente específico.

Si tal como hemos visto, lo normal se expresa mejor en términos de variación en lugar de promedio fijo, resulta obvio, como señala San Martín (1981),

II.2. *Definiciones y fines de la epidemiología*

II.2.1. Definiciones

Etimológicamente, epidemiología se deriva de los vocablos *epi* (sobre), *demos* (pueblo) y *logos* (estudio), que podríamos leer como el estudio de aquello que afecta a la comunidad en materia de salud. Como se ha señalado en apartados anteriores, hasta hace pocos años la epidemiología se centraba en el estudio de las enfermedades infecciosas en las poblaciones humanas; sin embargo, en la actualidad la epidemiología no sólo estudia estas enfermedades, sino todas las enfermedades, agudas o crónicas, físicas o mentales, infecciosas o no infecciosas. No obstante, los intentos de definición han sido múltiples y el concepto de epidemiología ha ido variando a lo largo del tiempo. Por otra parte, la existencia de numerosas definiciones de epidemiología induce a sospechar que ninguna satisface todos los requisitos que se podrían exigir a dicha definición. Según señalan Gálvez y Guillén (1990), gran parte de estos problemas son debidos a que se trata de un área de conocimiento esencialmente dinámica y en continuo crecimiento que se ha ido extendiendo a nuevos campos, enriqueciendo su metodología y estableciendo intercambio con distintas disciplinas (sociología, estadística, demografía, etcétera).

Una de las definiciones más conocidas es la propuesta por MacMahon y Pugh (1970) que afirman que la epidemiología es el estudio de la distribución de la enfermedad en el hombre y los factores que determinan su frecuencia. Por otra parte, la Asociación Epidemiológica Internacional propuso en 1974 una definición según la cual la epidemiología es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de enfermedades en poblaciones humanas. Si bien esta definición parece más adecuada que la anterior, ya que la misma incluiría en sus términos todo proceso o enfermedad, sea agudo o crónico, físico o mental, infeccioso o no, hemos de resaltar que ambas definiciones se centran en el proceso del enfermar como si éste fuera un resultado más de la relación entre hombre y medio, y como si la enfermedad fuera un proceso independiente de la salud. En este contexto, parece especialmente importante la proposición de Payne cuando señala que la epidemiología es el estudio de la salud del hombre en relación con su medio; lo más destacable de esta definición es que señala a la salud humana como el objeto de estudio de la epidemiología, entendiéndola como la adaptación de éste a su medio ambiente.

En definitiva, la epidemiología se presenta como una ciencia responsable del estudio de los fenómenos epidemiológicos en su acepción más amplia, al haber superado el estudio de lo puramente infeccioso y orgánico, hasta desarrollar una técnica metódica orientada hacia la investigación de todos los problemas de salud y enfermedad que afectan a las poblaciones.

Un grupo de especialistas definió recientemente la epidemiología como la ciencia encargada del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fe-

mente trazados y se corresponden con las distintas fases del método. Mientras que el método es único en todas las ramas de la ciencia, las técnicas metódicas son específicas en cada rama del saber. Sin embargo, podemos constatar cómo en muchos textos y manuales de epidemiología se habla de "método epidemiológico" como el método propio de la misma, cuando en realidad de lo que se trata es de una técnica metódica. Es evidente que esta aparente confusión entre método y técnica metódica no es fruto de un error conceptual sino que, pensamos, es debido al interés de la epidemiología en marcar claramente las diferencias existentes en cuanto al uso de técnicas de investigación, respecto a las ciencias más puramente "clínicas".

En todo caso, y en función de la técnica o técnicas metódicas utilizadas, la epidemiología como cualquier ciencia ha de seguir los siguientes pasos o fases:

a. Obtención de información; normalmente a través de la observación en el medio natural donde se produce el fenómeno epidemiológico.
b. Formulación de hipótesis verificables.
c. Deducción de conclusiones contrastables.
d. Verificación de la hipótesis.
e. Explicación, orientación y/o propuesta de intervención sobre el fenómeno epidemiológico.

III.1.1. Obtención de información. Observación del fenómeno epidemiológico

Normalmente, la información sobre el fenómeno epidemiológico que pretendemos estudiar se obtiene a través de la observación directa del mismo en el medio natural. Sin embargo, la información también puede surgir de la revisión bibliográfica y/o de datos de naturaleza demográfica, sociológica, etc. A través de la obtención de información y, singularmente, a través de la observación se pretende caracterizar el fenómeno epidemiológico en estudio. Para ello intentaremos describirlo en función de variables que respondan a las preguntas ¿qué?, ¿a quién?, ¿cuándo?, ¿dónde?, es decir, variables personales, temporales y de lugar.

Una vez recogida la información, los datos obtenidos son clasificados, tabulados, etc., a fin de disponer de toda la información ordenada y sistematizada para proceder a su análisis.

A esta primera fase del proceso de los estudios epidemiológicos se le ha venido denominando "epidemiología descriptiva" (véase más adelante). A partir de este momento, una vez caracterizado el fenómeno, se pasa a la siguiente fase.

III.1.2. Formulación de hipótesis verificables

Esta fase del método, al contrario de la anterior que parte de los hechos, es decir, de naturaleza empírica, es una de las fases racionales de dicho método con-

autores (Schonfeld, 1990*b*, 1991; Tortella i Feliu, 1992) han optado por instrumentos en que las puntuaciones obtenidas puedan considerarse como medidas del constructo de malestar psicológico inespecífico, y que en ningún caso hagan referencia al factor de riesgo, a la variable independiente, como es en este caso la *CES-D* (Radloff, 1977), que reúne dichas condiciones (Donhrenwend, Shrout, Egri y Mendelsohn, 1980; Schonfeld, 1990*b*, 1990*c*). De esta forma se posibilitan estudios de carácter prospectivo, por ejemplo, en relación al tema que tratamos, del impacto en la salud que pueda provocar la incorporación al mundo laboral, o de las alteraciones que puedan ir apareciendo en relación a las modificaciones en el puesto de trabajo (nuevas demandas, cambios en la controlabilidad de las mismas, desocupación, etcétera).

b. *Ventajas de la evaluación longitudinal y prospectiva del estado de salud*

Las ventajas de la evaluación longitudinal y prospectiva del estado de salud, quizás pudieran resumirse diciendo que una sola medida de dicha condición, tal y como se obtendría a través de métodos transversales, no puede proporcionarnos información adecuada sobre el impacto de un acontecimiento externo o del comportamiento del individuo sobre su salud. En primer lugar, como ya se ha comentado en apartados anteriores, debido a los sesgos que con toda probabilidad obtendríamos si solicitáramos información con carácter retrospectivo sobre determinados acontecimientos. Lo que hemos apuntado también sería válido, y éste es el aspecto que nos interesa en este momento, en el caso de que la toma de datos sobre el estado de salud se hiciera de forma transversal pero no con carácter retrospectivo; es decir, en un punto del tiempo evaluamos el estado de salud del individuo en ese día concreto. Básicamente nos referiremos a dos problemas que pueden tener este tipo de procedimientos:

a. En relación a la cuestión prospectiva, el hecho de evaluar el estado de salud en un momento concreto, e incluso si se hace de forma longitudinal, pero sin haber tomado en consideración el estado de salud previo, dificultará la determinación del impacto del factor de riesgo, en tanto que una posible alteración en el estado de salud detectada en ese momento podría haber surgido antes de la interacción con el supuesto factor de riesgo.

b. La existencia de una serie de determinantes estables, transitorios y de proceso del estado de salud que hacen que una sola medida no pueda darnos una información adecuada del impacto del factor de riesgo, aun cuando ese factor sea el que de forma objetiva provoque las alteraciones.

Respecto al primer punto, volvemos a la cuestión central planteada al inicio de este apartado, es decir, la consideración del estado de salud previo a la presencia del factor de riesgo. Para no extendernos en este punto, al que ya se ha dedicado alguna atención, plantearemos una cuestión que surge de los trabajos sobre estrés ocupacional en los profesores. A menudo se mantiene que entre un

chology. En S. V. Kasl y C. L. Cooper (Comps.) *Stress and health: issues in research methodology*. Chichester. Wiley.

Lu, L. (1991). Daily hassles and mental health: a longitudinal study. *British Journal of Psychology, 82*, 441-447.

Martin, R. A. (1989). Techniques for data acquisition and analysis in field investigation of stress. En R. W. J. Neufeld (Comp.) *Advances in the investigation of psychological stress*. Nueva York. Wiley.

Martínez Abascal, M. A. (1991). *El malestar docente explicado a través del modelo reformulado de desamparo aprendido*. Tesis doctoral inédita.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual, 5*, 133-153.

Mineka, S. (1982). Depression and helplessness in primates. En H. E. Fitzgerald, J. A. Mullins y P. Gage (Comps.) *Child nurturance series. Volume 3. Studies of development in nonhuman primates*. Nueva York. Plenum Press.

Monroe, S. M. (1982). Assessment of life events. *Archives of General Psychiatry, 39*, 610.

Murphy, E. y Brown. G. W. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *British Journal of Psychiatry, 136*, 326-338.

Orr, E. y Westman, M. (1990). Does hardiness moderate stres, and how? A review. En M. Rosenbaum (Comp.) *Learned resourcefulness. On coping skills, self-control and adaptative behavior*. Nueva York. Springer.

Pettegrew, L. S. y Wolf, G. E. (1982). Validating measures of teacher stress. *American Educational Research Journal, 19*, 373-396.

Pratt, L. I. y Barling, J. (1988). Differentiating between daily events, acute and chronic stressors. A framework and its implications. En J. J. Hurrell, L. R. Murphy, S. L. Sauter y C. L. Cooper (Comps.) *Occupational stress: issues and developments in research*. Nueva York. Taylor and Francis.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: issues and speculations. En M. Rosenbaum, C. M. Franks e Y. Jaffe (Comps.) *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. Nueva York. Springer.

Rosenbaum, M. (1990). Role of learned resourcefulness in self-control of health behavior. En M. Rosenbaum (Comp.) *Learned resourcefulness. On coping skills, self-control and adaptative behavior*. Nueva York. Springer.

Rowland, K. M., Ferris, G. R., Fried, Y. y Sutton, C. D. (1988). An assessment of the physiological measurement of work stress. En J. J. Hurrell, L. R. Murphy, S. L. Sauter y C. L. Cooper (Comps.) *Occupational stress: issues and developments in research*. Nueva York. Taylor and Francis.

Schonfeld, I. S. (1990*a*). Coping with job related stress: the case of teachers. *Journal of Occupational Psychology, 63*, 141-149.

Schonfeld, I. S. (1990*b*). Psychological distress in a sample of teachers. *The Journal of Psychology, 124*, 321-338.

Schonfeld, I. S. (1990*c*). *Assessing stress in teachers: depressive symptoms scales and neutral self-reports of the work environment.* Comunicación presentada en la APA-NIOSH Conference on Work and Well Being. Washington, Estados Unidos.

Schonfeld, I. S. (1991). *A longitudinal study of occupational stressors and depressive*

37. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE RIESGOS PARA LA SALUD

SERAFÍN LEMOS

I. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los psicólogos han utilizado diversos instrumentos para evaluar el estado de los pacientes, en especial pruebas destinadas a aclarar el diagnóstico clínico. Progresivamente, se han ido desarrollando otras pruebas específicas, aplicables a los ámbitos de la psicología de la salud, muchas veces como herramientas de detección de posibles alteraciones, generalmente creadas *ad hoc* y algunas de ellas carentes de la suficiente base teórica o la mínima evidencia de fiabilidad y validez.

Sin embargo, sin instrumentos de medida difícilmente podríamos convencernos, y mucho menos convencer a los pacientes, que la aplicación de determinados tratamientos se traduce en cambios objetivos y sería poco consistente el diagnóstico o incluso imposible su aclaración. El hecho de evaluar los problemas en psicología clínica y de la salud responde a la triple función de servir de ayuda al diagnóstico, predecir la respuesta al tratamiento o evaluar el cambio. Dada la naturaleza multidimensional de los problemas de salud, es obligado ampliar al máximo el rango de medidas, desde los fenómenos subjetivos hasta las alteraciones biológicas objetivas. Cada uno de los diferentes niveles de medida debe cubrir las diversas facetas o componentes del problema existente. No obstante, algunos trastornos exigen la utilización de instrumentos de medida de amplio espectro, mientras que en otros tal vez el rango pudiera reducirse.

El marco teórico que subyace a la presente exposición sobre la evaluación psicométrica de los riesgos para la salud es el de la activación psicofisiológica o teoría del estrés, como paso previo a la posible aparición de alteraciones psicosomáticas o a la exacerbación de procesos de etiología orgánica. La teoría del éstrés, entendido éste como una respuesta no específica del organismo frente a cualquier tipo de demandas (Selye, 1974), explica la enfermedad como la consecuencia de una interacción de factores externos e internos de un determinado individuo (Everly, 1989). En primer lugar, los sucesos ambientales o estresantes pueden ser la causa inicial de la activación de las respuestas psicofisiológicas de estrés (como sucede con los factores estresantes simpático-miméticos) o, como suele ser más frecuente, simplemente "preparan el escenario" para un desencadenamiento de dichas respuestas. En segundo lugar, las dimensiones cognitivo-

Universidad de Oviedo.

deras o no lo son, eligiendo entre cuatro posibilidades: Muy verdadero = 4, Verdadero = 3, No verdadero = 2, y En absoluto verdadero = 1. Con respecto a las creencias sobre metas, debe indicar en qué medida desearía cada uno de los elementos expresados marcando entre las siguientes cuatro opciones: Lo deseo muchísimo = 4, Lo deseo = 3, No lo deseo = 2 y No lo deseo en absoluto = 1. La administración de la prueba exige contestar a las cuatro partes presentadas al azar, sin orden preestablecido, ya que están dispuestas en hojas separadas con sus respectivas instrucciones.

Se obtienen cuatro puntuaciones parciales sumando la puntuación asignada a cada ítem, dentro de cada tipo de creencias, y una puntuación global derivada de la suma de las puntuaciones parciales. Para cada tipo de creencias se codifica de modo que su valor es 1 cuando la puntuación directa del sujeto está por encima de la media de su grupo, y 0 cuando está por debajo de la media. De este modo, la puntuación global o índice de orientación cognitiva puede oscilar entre los valores 0 (cuando ninguno de los cuatro tipos de creencias apoya la salud) y 4 (cuando todos los tipos de creencias apoyan la salud). Dicho índice refleja un supuesto de la teoría de orientación cognitiva, de que el impacto orientativo de los tipos de creencias exige un determinado umbral mínimo, aunque con una pequeña variación (Kreitler y Kreitler, 1982).

III.3.3. Fiabilidad y validez

Los coeficientes alfa de consistencia interna obtenidos han sido de 0,77 para las creencias de normas, 0,89 para creencias de uno mismo y de metas, y de 0,93 para creencias generales. Las correlaciones entre los cuatro tipos de creencias van de -0,01 entre metas y normas a 0,58 entre creencias generales y de uno mismo.

Las correlaciones test-retest, con dos meses de intervalo, fueron de 0,88 a 0,95 para los cuatro tipos de creencias, y con más de 6 meses de intervalo fueron de 0,84 a 0,92, en dos estudios diferentes.

El cuestionario fue objeto de diversos estudios de validez predictiva. Uno de ellos se realizó con estudiantes de ambos sexos, permitiendo las puntuaciones obtenidas en la prueba durante el mes de octubre predecir con éxito la presencia de diversos problemas de salud (fiebre, gripe o inflamaciones) durante los ocho meses siguientes del curso académico. Las puntuaciones altas (índices de orientación cognitiva de 3 y 4) se asociaron menos con enfermedades que las puntuaciones bajas (índices de 2, 1 ó 0). De acuerdo con la información médica obtenida en el seguimiento del año escolar, los sujetos con puntuaciones altas sufrieron una media de 2,1 enfermedades diversas que requirieron tratamiento médico, mientras que los sujetos con puntuaciones bajas sufrieron una media de 5,6 enfermedades (Kreitler y Kreitler, 1990). En un segundo estudio (Kreitler, Bentwich y Kreitler, 1989) con adultos sometidos a operaciones de hernias, los resultados del cuestionario, administrado al ingreso en el hospital, permitieron

predecir la ocurrencia tanto de fiebre como de otras complicaciones (inflamación de vejiga o estreñimiento) durante la hospitalización posoperatoria. En el análisis discriminante, el índice de orientación cognitiva permitió clasificar correctamente el 65,5 y el 62% de los pacientes en ambos aspectos. También fue posible predecir el estado de la herida, el nivel de enderezamiento postural y la necesidad de analgésicos según una revisión realizada a las dos y seis semanas de la operación.

En un tercer trabajo con adultos y seniles, el cuestionario diferenció con éxito entre sujetos con niveles altos y bajos de colesterol, triglicéridos, lípidos de alta densidad, presión sanguínea, etc., según datos de la información médica (Kreitler, Kreitler y Brunner, 1990). Asimismo, los autores refieren que las mujeres que presentan características de personalidad de riesgo para el cáncer (depresión emocional, tendencias depresivas y escasa fantasía) también muestran bajas puntuaciones en el *Cuestionario de orientación cognitiva de salud*. Todo ello les lleva a afirmar que la prueba evalúa tendencias internas que predisponen al individuo hacia el mantenimiento de la salud o que contribuyen a la producción de condiciones que incrementan la susceptibilidad a la enfermedad.

III.4. «*Neuroticism, extraversion, openness personality inventory, NEO-PI* [Neuroticismo, extraversión, apertura. Inventario de personalidad]» *de Costa y McCrae (1985)*

III.4.1. Finalidad y base conceptual

El *NEO-PI* fue desarrollado como instrumento de evaluación del modelo de los cinco grandes factores de personalidad. La prueba ha sido ampliamente utilizada en los últimos años en la investigación, en los ámbitos de la psicología clínica y de la salud. El modelo de los cinco superfactores de personalidad es una versión de la teoría de rasgos que sostiene que las diferencias individuales persistentes en los estilos emocionales, interpersonales, experienciales, actitudinales y motivacionales pueden resumirse en cinco grandes dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, sensibilidad a las relaciones interpersonales y minuciosidad. Durante la última década este modelo suscitó gran interés como marco comprensivo de las diferencias individuales; no obstante, el modelo de los "cinco grandes" tiene una larga historia en los estudios del lenguaje natural. El supuesto básico del enfoque léxico es que los rasgos de personalidad son piezas importantes de la información social, habiendo desarrollado cada cultura términos lingüísticos en los que tales propiedades individuales están codificadas (Digman, 1990, Angleitner, 1991; Avia, 1992; Sánchez Bernardos, 1992).

Los cinco factores básicos de personalidad obtenidos mediante la factorialización de los adjetivos descriptores de las diferencias individuales que sirvió de punto de partida para la construcción del *NEO-PI* son los siguientes: neuroti-

nal; tres ítems evalúan los lazos afectivos; y los ocho ítems restantes se corresponden con la dimensión de sinceridad o respuestas de deseabilidad social. Veit y Ware (1983) han confirmado la estructura factorial de la prueba con las cinco dimensiones señaladas, que se agrupan a su vez en los dos factores de segundo orden de tensión psicológica y bienestar psicológico. Debido a que la escala fue inicialmente creada para ser utilizada en compañía de otras escalas de salud física y social, no se incluyeron ítems relativos a síntomas somáticos. Precisamente, por la mayor amplitud de ámbitos a evaluar resulta preferible la utilización de esta prueba a la descrita anteriormente de Dupuy.

Aunque es posible realizar una evaluación de cada una de las dimensiones de forma separada, las puntuaciones parciales pueden ser combinadas para establecer una única medida denominada *Índice de salud mental*. Dicha puntuación es el resultado de restar las puntuaciones de la dimensión positiva de bienestar del conjunto de las otras dimensiones negativas.

III.7.3. Fiabilidad y validez

Las correlaciones test-retest obtenidas para la puntuación global, con un intervalo de un año, han sido de 0,64, 0,56 para la escala de depresión y 0,63 para la de ansiedad. Los coeficientes de consistencia interna alfa han sido de 0,96 para la puntuación global y de 0,83 a 0,92 para las cinco escalas.

La validez de criterio se ha analizado comparando los factores del *MHI* con una escala de acontecimientos vitales. Los resultados de dichas correlaciones se sitúan entre 0,12 y 0,26. Asimismo, se han obtenido correlaciones de las subescalas con una medida del grado de satisfacción con la vida de entre 0,40 y 0,51, y de entre 0,48 y 0,58 con un indicador de problemas emocionales graves.

III.8. «*General health questionnaire*, *GHQ* [Cuestionario de salud general]» *de Goldberg (1978)*

III.8.1. Finalidad y base conceptual

La prueba surge como un instrumento de detección de potenciales casos psiquiátricos sobre los cuales sería necesario profundizar para un posterior estudio y verificación diagnóstica, siendo aplicable tanto en estudios comunitarios como en ámbitos clínicos.

El propósito de la prueba es identificar dos tipos de problemas actuales: la incapacidad para realizar las actividades normales saludables y la manifestación de fenómenos perturbadores en el sujeto (fenómenos que implican un estado de tensión). La escala no pretende evaluar rasgos o características permanentes. Inicialmente, fue diseñada para identificar cuatro elementos o modalidades de ten-

nido tres factores: anhedonia y trastornos del sueño, conducta social y falta de confianza.

Se han seguido dos modalidades de puntuación de las respuestas: una escala tipo Likert 0-1-2-3 para cada ítem, o bien una puntuación de 0-0-1-1, correspondiendo a la ausencia o presencia de la conducta a evaluar, prescindiendo de los valores de intensidad o frecuencia. Las correlaciones obtenidas entre ambos sistemas se sitúan entre 0,92 y 0,94; por ello, Goldberg recomienda utilizar el método más simple. La puntuación global se interpreta en términos de un continuo de gravedad de la alteración psíquica. En la escala de 60 ítems se ha establecido un punto de corte de 12 respuestas positivas para establecer la probabilidad de psicopatología de interés clínico. En las versiones abreviadas, los puntos de corte sugeridos han sido de 4/5 para el *GHQ-30* y el *GHQ-28*, 3/4 para el *GHQ-20* y 2/3 para el *GHQ-12*. No obstante, estos puntos de corte podrían variarse en función de la prevalencia esperada de la psicopatología en una determinada población o de la finalidad del estudio.

III.8.3. Fiabilidad y validez

Se refieren correlaciones test-retest, con intervalo de 6 meses, de 0,75 a 0,90, controlando la estabilidad clínica del paciente mediante repetidos exámenes psiquiátricos. La fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades en el *GHQ-60* fue de 0,95, en el *GHQ-30* de 0,92, en el *GHQ-20* de 0,90 y en el *GHQ-12* de 0,83, utilizando amplias muestras. Se ha obtenido también un coeficiente de consistencia interna alfa de 0,85 para el *GHQ-30*.

Han sido realizados numerosos estudios de validez del *GHQ* en diversos países, así como de sensibilidad y especificidad de las versiones de la prueba (Goldberg, 1972; Banks, 1983; Chan y Chan, 1983; Hobbs y cols., 1983). La validez de criterio, comparando el *GHQ-60* con la *Clinical interview schedule* [Escala de entrevista clínica] del mismo autor, ofrece correlaciones de 0,72 a 0,81. Los valores obtenidos con las versiones abreviadas en relación con otros instrumentos superan el 0,70.

IV. ASPECTOS SOCIALES

Desde que la definición de salud formulada por la Organización Mundial de la Salud ha puesto énfasis en el hecho de que el ser humano vive en un contexto social al que deberá adaptarse para preservar riesgos de enfermedad, ha crecido el interés por el análisis del medio ambiental en diversas ramas de la medicina.

El notable incremento de los costos institucionales en la atención del enfermo ha impulsado una mayor rapidez en las altas hospitalarias y el desarrollo de tratamientos ambulatorios. Todo ello ha obligado también a mejorar los pro-

pan en 12 categorías o aspectos de la conducta del individuo. La aplicación de la prueba puede ser autoadministrada (en un tiempo aproximado de 30 minutos) o presentada en forma de entrevista. La contestación exige anotar los ítems que describen las circunstancias actuales del individuo a los que se asigna un valor estandarizado, que representa un puntaje diferencial para cada ítem en una escala de intervalos. Las puntuaciones asignadas para cada uno de los ítems se han obtenido calculando el peso relativo de la limitación que en él se describe según la opinión de más de 100 jueces.

La puntuación de la escala permite obtener un porcentaje de malestar que es igual a la suma de los valores de los ítems señalados, partido por la suma de los valores de todos los ítems de la escala, multiplicado por cien. El porcentaje del SIP también puede calcularse sobre los ítems pertenecientes a cada una de las 12 categorías.

La información proporcionada por la prueba se organiza dentro de tres dimensiones: la dimensión física incluye tres categorías, en cada una de las cuales se evalúan limitaciones en la marcha y deambulación, la motilidad física, y cuidados corporales y destreza motora; la dimensión psicosocial evalúa déficit en la interacción social, en conductas de lucidez y alerta mental, en la conducta emocional y en la comunicación; por último, la tercera dimensión reúne cinco categorías independientes en las que se exploran posibles limitaciones: sueño y descanso, alimentación, trabajo, desempeño en el hogar, ocio y actividades recreativas.

V.2.3. Fiabilidad y validez

Los autores refieren correlaciones test-retest para la puntuación global de la escala entre 0,88 y 0,92, siendo mayor la fiabilidad en la administración como entrevista (0,97) que en la autoaplicación (0,87). La fiabilidad de las pruebas no se vio alterada ni por el tipo de enfermedad ni por su gravedad.

La consistencia interna fue evaluada dentro de cada categoría y para el conjunto de la prueba, ofreciendo un coeficiente alfa de 0,94 para el total de los ítems.

Se evaluaron las puntuaciones subjetivas del SIP comparativamente con otras medidas subjetivas y otros instrumentos. Los resultados demostraron correlaciones de 0,69 con la autoevaluación de limitación, y de 0,63 con la autoevaluación efectuada por el médico. La correlación de las cinco categorías del SIP más relacionadas con la escala *Activities of daily living* (Katz y cols., 1963) fue de 0,64.

Se compararon las respuestas del SIP con indicadores clínicos de tres grupos de pacientes cuyo diagnóstico y tests clínicos permiten conocer el nivel de funcionamiento del paciente (artritis reumatoidea, hipertiroidismo y operación de cadera). Las correlaciones obtenidas fueron de 0,66, 0,41 y 0,81, respectivamente.

V.3. «*Illness behavior questionnaire*, IBQ [Cuestionario de conductas enfermas]» *de Pilowsky y Spence (1983)*

V.3.1. Finalidad y base conceptual

La prueba ha sido creada para evaluar las conductas desadaptativas frente a la enfermedad y el dolor. La exploración de reacciones hipocondriacas, actitudes de negación hacia la enfermedad y cambios afectivos permite conocer el grado en que dichas alteraciones pueden explicar reacciones aparentemente exageradas frente a la enfermedad.

Las reacciones psicológicas del paciente frente a su estado clínico pueden tener una gran influencia en la manifestación de síntomas físicos; por ello, el *IBQ* fue desarrollado para identificar los estados psicológicos que explican una posible discrepancia entre la importancia objetiva de la patología física y la respuesta del paciente frente a ésta.

La prueba desarrolla más ampliamente otros instrumentos de evaluación de la hipocondría, añadiendo nuevas dimensiones relativas a la conducta manifiesta, como es el consultar con el médico y, sobre todo, a las reacciones emocionales frente a la enfermedad. Se parte del supuesto de que las relaciones que el sujeto establece con sus síntomas físicos pueden ser normales o adoptar formas patológicas, como sucede con las conductas de somatización, hipocondría, neurosis de renta, etc., en las que siempre existe distorsión entre la patología somática objetiva y la percepción subjetiva del malestar o dolor. Se sabe que la presencia de dolor y malestar no justificados cumplen diversas funciones psicológicas más o menos conscientes, que suelen ser objeto de análisis funcional o interpretación.

V.3.2. Descripción

Existen tres versiones del cuestionario de 62, 52 y 30 ítems. Todas las preguntas hacen referencia a la enfermedad y al modo en que afecta al paciente. La contestación exige elegir entre «sí» o «no». No obstante, los autores recomiendan la utilización de la forma más extensa, cuyas preguntas se agrupan en siete dimensiones derivadas empíricamente del análisis factorial: 1) Hipocondriasis general, que expresa actitudes fóbicas hacia la salud y guarda relación con un elevado nivel de activación y ansiedad, así como con cierta capacidad de autocrítica hacia dichas actitudes; una puntuación elevada en este factor también revela un cierto aislamiento social secundario a las preocupaciones fóbicas. 2) Convicción de enfermedad, que refleja la creencia de padecer una enfermedad física, precupación por los síntomas y rechazo hacia la seguridad y opinión dada por el médico. 3) Percepción de enfermedad somática frente a psicológica; una puntuación alta en este factor refleja que el paciente se siente responsable de la enfermedad o que en cierto modo se la

APÉNDICE. DIRECCIONES DE LOS AUTORES DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Irwin G. Sarason
Department of Psychology, University of Washigton, Seattle, Washington 98195, USA.

H. J. Eysenck
Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, Denmark Hill, London, SE3 8AF, UK.

National Computer Systems
PO Box 1416, Minneapolis, Minnesota 55440, USA.

Shulamith Kreitler
Department of Psychology, Tel Aviv University, Ramat Aviv, Tel Aviv 69978, Israel.

P. T. Costa
Laboratory of Personality and Cognition, Gerontology Research Center, 4940 Eastern Avenue, Baltimore, Maryland 21224, USA.

Norman M. Bradburn
National Opinion Research Center, 6030 South Ellis, Chicago, Illinois 60637, USA.

Harold J. Dupuy
National Center for Health Statistics, Health, Education and Welfare, Hyattsville, Maryland, USA.

John E. Ware
The Rand Corporation, 1700 Main Street, Santa Monica, California 90406, USA.

NFER Nelson
Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berks SL4 1DF, UK (Distribuye MEPSA).

Margaret W. Linn
Social Science Research, Veterans Administration Medical Center, 1201 Northwest 16th Street, Miami, Florida 33125, USA.

Myrna M. Weissman
Yale University School of Medicine, 350 Congress Avenue, New Haven, Connecticut 06519, USA.

Irwin G. Sarason
Department of Psychology, University of Washigton, Seattle, Washington 98195, USA.

II. APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

II.1. *Aproximación histórica*

El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión a lo largo de los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles de operativizar como felicidad y bienestar. Pero, aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Resulta difícil hablar de un enfoque histórico, ya que es más actualidad que historia. Como señala García Riaño (1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para hacer un poco de historia.

Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas. La primera de ellas surge con las primeras civilizaciones, se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y pública; la segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del Estado y la instauración de una serie de leyes que garantiza los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición del "estado del bienestar" (D. Harris, 1990), y que algunos autores (R. Harris, 1989) consideran un fenómeno en vías de autolimitación si no de extinción.

Las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana crearon la gran tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, atendiendo bien a los factores de higiene personal y alimenticios, como en Grecia, bien a la ingeniería sanitaria de conducción y eliminación de aguas, como en Roma. La salud era considerada principalmente como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos. De aquí sus medidas contra ciertas epidemias como la lepra. Más tarde, la tradición clásica se canaliza a través del Imperio Bizantino y se extiende al mundo árabe que la reintroduce de nuevo en Europa.

Durante la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción, de forma que el desprecio por lo mundano y la "mortificación de la carne" condujo al abandono personal y público, a un cambio de las conductas en relación con la higiene privada y pública, abandonándose las formas más elementales de saneamiento, cerrándose los baños públicos y despreocupándose de la salubridad e higiene de los lugares públicos (Piédrola, 1991).

Probablemente, las primeras normas legales acerca de la salud pública aparecen por primera vez en Inglaterra en el siglo XII, posteriormente en Francia en el siglo XIII y finalmente en Alemania e Italia en el siglo XIV, y están referidas a la contaminación de las aguas, estado de los alimentos en los mercados, alcantari-

II.2. *Aproximación conceptual*

La misma naturaleza compleja del concepto hace difícil su definición conceptual. Como ha reconocido Calman (1987) en su análisis de más de doscientos trabajos, su utilización va a la par de su indefinición. En primer lugar, se trata de un concepto global, inclusivo y multidisciplinar, como ha aparecido en el rápido recorrido histórico trazado. Sin tratar de ser exhaustivos, Levi y Anderson (1980), asumiendo una propuesta de la Organización de Naciones Unidas, enumeran los siguientes componentes: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestidos, ocio y derechos humanos. El conjunto objetivo de todos estos componentes constituye el nivel de vida de los pueblos y las personas.

Por ello, su estudio, análisis y evaluación abarca la práctica totalidad de las ciencias humanas, aunque se centren en ellas de forma privilegiada la medicina, la economía, la sociología, las ciencias políticas y, finalmente, la psicología. Sin embargo, la naturaleza integradora del concepto no supone necesariamente su aditividad lineal. Aunque las dimensiones que lo compongan puedan ser constantes, sus elementos se integran en un algoritmo específico que depende de las circunstancias históricas, de los pueblos y de las personas.

El segundo elemento básico de la definición es su necesidad de incluir los aspectos objetivos y subjetivos. Levi y Anderson (1980) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. Andrews y Withey (1976) insisten en que no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo. De forma global, Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982) la definen como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson (1978) proponen una definición que puede ser operativizada: la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás, aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto. Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de sus dos polos o focos. Como ocurre con una elipse, necesita la referencia a ambos focos para poder ser descrita.

La calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el "espacio vital" de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término, de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985). Como ha podido constatar Campbell (1976), los indicadores objetivos socioeconómicos han aumentado de 1957 a 1972 de forma sustantiva mientras que el número de personas que manifiestan ser muy felices ha disminuido progresivamente. No bastan los bienes objetivos para generar la satisfacción, además es necesario desearlos. No

dedicado a analizar los aspectos subjetivos de la calidad de vida. Pero esta distinción no permite sin más contraponer ambos procedimientos. Ambos enfoques suponen, necesitan y requieren una operativización rigurosa para cuantificar la realidad, objetiva o subjetiva, y ambos enfoques necesitan de una elaboración teórica y la construcción de modelos conceptuales que permitan esa operativización. Ni el primero consiste en el puro recuento de datos, ni el segundo en la recogida imprecisa de una apreciación indefinida. Ambos enfoques requieren una metodología estricta y rigurosa y se complementan mutuamente.

El primero de los enfoques, fundamentalmente sociológico y económico, ha tratado de establecer el bienestar social de una población a partir de los datos cuantitativos y objetivables, utilizando preferentemente la metodología de los indicadores sociales (Bauer, 1966). Este enfoque no deja de lado los aspectos cualitativos de la vida real sino que trata de elaborar los modelos teóricos correspondientes que sirvan para incluir los hechos reales. El uso de los indicadores sociales en áreas como salud, educación, bienestar social y seguridad ciudadana (véase Bloom, 1978), permitiría establecer la calidad de vida de una población en un momento dado y la incidencia en ella de programas sociales y políticos, o bien efectuar comparaciones entre diferentes estratos de una misma población (Blanco y Chacón, 1985).

El enfoque tiene sus indudables ventajas, y no pocas, pero también sus inevitables limitaciones. Los indicadores sociales expresan unos datos y unos hechos vinculados al bienestar social de una población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad que esa población puede gozar. Los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes, para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y de los individuos. El Producto Nacional Bruto (PNB) es un indicador tan objetivo como en último término pobre e insuficiente.

Debido a ello, la investigación sobre el tema ha tratado de elaborar las metodologías y los instrumentos que permitan la apreciación subjetiva del nivel de satisfacción global o de áreas parciales como la satisfacción política o familiar. El procedimiento implica sus indudables riesgos ya que pueden darse situaciones de una baja calidad de vida objetiva y al mismo tiempo obtenerse un aceptable nivel de satisfacción personal, indudable peligro que no puede desestimarse. Como ha expuesto Allardt (1977), parece existir una tendencia a responder de forma satisfactoria a nivel general y otra a responder de forma insatisfactoria a nivel concreto o específico. No obstante, en determinadas situaciones, el objetivo y la naturaleza de la investigación puede consistir en conocer precisamente los niveles subjetivos de satisfacción que se tiene, sin que ello prejuzgue los datos reales. Si bien las medidas subjetivas de la calidad de vida por sí solas podrían resultar peligrosas (Bunge, 1975), no es menos cierto que también puede resultarlo el simple uso de los indicadores sociales y las medidas objetivas.

Si no existen diferencias básicas en ambos tipos de evaluación, tampoco existen en su utilización, ya que ambos tienen un valor tanto de análisis de la realidad social e individual como de intervención en ellas. Desde la perspectiva de la

psicología, la medida de la calidad de vida tiene como objetivo principal evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas, y estudiar las causas y consecuencias del estatus de la salud (Ware, Brook, Davies y Lohr, 1981). Todos los que participan en el sistema del cuidado de la salud tienen objetivos comunes, fundamentalmente consistentes en la extensión de la duración de la vida y la mejora de la calidad de vida. De nuevo vuelven aquí a encontrarse los diferentes enfoques de las ciencias sociales.

Los diferentes indicadores de la calidad de vida siguen distintas tradiciones teóricas. En cualquier caso, su propuesta debe tener una base conceptual clara y unos objetivos precisos. Buena parte de tales medidas están basadas en las teorías psicométricas y métodos tradicionales de evaluación, de aquí la importancia de acudir y utilizar los criterios que confieren valor a tales medidas, y a la necesidad de que cumplan con las exigencias metodológicas necesarias.

El primer requisito que deben cumplir es la definición precisa y operativa del constructo a evaluar, un requisito tan básico como poco común. Cuando se evalúa la calidad de vida, términos como felicidad, satisfacción y moral se convierten de hecho en intercambiables, mientras que conceptualmente se presentan como diferentes (Horley, 1984).

Los requisitos mínimos habituales son los de fiabilidad y validez; sin embargo, en este campo presentan algunas dificultades suplementarias. Respecto a la fiabilidad no debe perderse de vista que su supuesto fundamental es la estabilidad de la variable medida, como ocurre en la mayoría de casos de los "rasgos de personalidad"; sin embargo, este supuesto no es válido de la misma manera en la evaluación de la salud que se define como un estado, en función de variables inestables la mayoría de las veces. En cuanto al uso del análisis de la consistencia interna, su valor proviene fundamentalmente de la capacidad de establecer síndromes, es decir, conjunto de síntomas que tiendan a covariar conjuntamente, lo que no siempre es el caso. Por otra parte, establecer la validez significa tener bien definida operacionalmente la variable medida, pero ello no siempre es cierto, resultando en ocasiones difícil establecer elementos criteriales o proceder a una validación de constructo (Kaplan, Bush y Berry, 1976). Como reconocen Rovira y Badía (1989) la mayoría de las definiciones de la salud, como la conocida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), no es operativa, lo cual dificulta la elaboración de instrumentos de evaluación.

Finalmente, un tema que no puede dejar de ser abordado es el de la estandarización de los resultados. Aunque algunos resultados puedan ser interpretados directamente debido a su valor clínico y diagnóstico, gran número de ellos, con valores agregados y globales, debería de ser interpretado a la luz de resultados normativos procedentes de estudios representativos, lo cual permitiría su adecuada estandarización. Sin embargo, éste es un aspecto frecuentemente descuidado a la hora de presentar las investigaciones o de utilizar un instrumento en vez de otro. Con todo, el esfuerzo realizado en este aspecto en los últimos años

CUADRO 38.1. *Evaluación del bienestar subjetivo*

Autor	*Nombre del cuestionario*	*Ítems*	*Tema*
Andrews y Withey (1976)	*Life 3 scale* [Escala 3 de vida]	2	Bienestar global
Andrews y Withey (1976)	*Delighted-terrible scale* [Escala de contento-desagrado]	1	Calidad de los afectos
Argyle, Martin y Crossland (1989)	*Oxford hapiness inventory, OHI* [Inventario de felicidad de Oxford]	29	Sentimiento de felicidad
Bradburn (1969)	*Affect balance scale, ABS* [Escala de equilibrio afectivo]	10	Bienestar general
Campbell, Converse y Rodgers (1976)	*Index of well-being. Index of general affect* [Índice de bienestar. Índice de afecto general]	9	Bienestar subjetivo
Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)	*Satisfaction with life scale, SWLS* [Escala de satisfacción con la vida]	5	Satisfacción global
Dupuy (1978)	*Index of psychological general well-being, PGWB* [Índice de bienestar psicológico general]	22	Autoapreciación del bienestar
Fazio (1977)	*General well-being schedule, GWB* [Inventario de bienestar general]	33	Bienestar general
Fordyce (1986)	*Psychap inventory* [Inventario Psychap]	80	Felicidad
Gallup (1976)	*Mountain scale* [Escala de la montaña]	1	Bienestar subjetivo
Kamman y Fett (1983)	*Afectometer 2* [Afectómetro 2]	40	Felicidad global
Kozma y Stones (1980)	*Memorial University of Newfoudland scale of hapiness* [Escala MUNSH de felicidad]	24	Bienestar subjetivo en ancianos
Lawton (1975)	*PGC morale scale, revised* [Escala moral PGC, revisada]	23	Bienestar subjetivo en ancianos
Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982)	*Multilevel assessment instrument, MAI* [Instrumento de evaluación multinivel]	147	Bienestar general en ancianos
Neugarten, Havighurst y Tobin (1961)	*Life satisfaction scales* [Escalas de satisfacción con la vida]	25 20 12	Satisfacción con la vida

39. EVALUACIÓN ECOPSICOLÓGICA DE LOS ESTILOS DE VIDA

JORGE FERNÁNDEZ DEL VALLE

I. INTRODUCCIÓN

La relación entre medicina y psicología ha evolucionado hasta un punto en el que la interdisciplinariedad no es solamente deseable sino necesaria. Atrás han quedado los tiempos en que el eje principal de conexión se establecía a través de las llamadas enfermedades psicosomáticas, pequeño grupo de cuadros patológicos en el que los procesos psicológicos ya se habían establecido como determinantes de deterioros orgánicos (úlcera, asma, etcétera).

La recesión de la importancia de las enfermedades infecciosas, achacable a los avances de la medicina científica (antibióticos, vacunaciones, etc.), pero también a los cambios ambientales tales como el tratamiento de las aguas y los residuos, o los cuidados de nutrición en la infancia, como expone McKeown (1976), ha ido dando paso a la creciente importancia de otros problemas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes de tráfico, en los que la conducta del individuo, o más ampliamente su estilo de vida, se ha ido mostrando como un factor de primer orden.

Es por eso que en la actualidad el ejemplo más paradigmático de las relaciones entre ambas disciplinas podemos situarlo precisamente en el término de estilos de vida, concepto que se refiere a los patrones de comportamiento de los sujetos que inciden en su salud (tales como las dietas, el ejercicio físico, la ingestión de alcohol, el consumo de tabaco, etcétera).

En este capítulo se tratará de situar la importancia de los estilos de vida en relación con la salud para pasar a establecer las coordenadas ambientales o ecopsicológicas en las que se sitúan y la posibilidad de realizar evaluaciones desde esta perspectiva.

II. ESTILOS DE VIDA Y SALUD

El descenso de las tasas de mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida, y el descenso de la importancia de las enfermedades infecciosas que en otros tiempos fueron verdaderos azotes de la humanidad, se ha achacado con

---

Universidad de Oviedo.

tación. Lo que vale para el anciano institucionalizado no vale para el adolescente parapléjico (Bowling, 1992).

La importancia de la calidad de vida en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no sólo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo. El relanzamiento de la calidad de vida desde la perspectiva médica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como agente social y que por lo mismo se pregunta por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades sociales del enfermo. Desde esta perspectiva, una práctica médica responsable debe estar atenta no sólo a los efectos directos de sus atenciones, sino también a los indirectos. Si la calidad de vida del enfermo es importante para aquel que puede sanar, lo es todavía más para quien sólo le queda su capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de cada momento presente.

Entre los diferentes instrumentos mencionados en el cuadro 38.2 pueden destacarse el *Perfil del impacto de la enfermedad* (Bergner y cols., 1976), una medida general aplicable a cualquier enfermedad o grupo incapacitado de cualquier edad. Refleja la incapacidad en aspectos del funcionamiento conductual en las dimensiones física, social y de autonomía personal (para mayor información véase en este mismo libro el capítulo de Lemos y el cuadro 38.3). El *Índice de actividades de la vida diaria* (Katz y cols., 1963) es uno de los más antiguos, pero más ampliamente citados; ha sido utilizado en muchos estudios y su fiabilidad y validez están bien establecidas. Finalmente, la *Escala de calidad de bienestar* (Fanshel y Bush, 1970) puede ser utilizada en población general y en poblaciones con cualquier tipo de enfermedad, además de recoger información sobre posibles cambios futuros, lo que permite discriminar entre enfermos con una misma enfermedad pero diferente pronóstico.

VII. CONCLUSIONES

La calidad de vida, tema actual de las ciencias sociales, puede acabar reducida a una ideología más, a otro tópico de su repertorio, a tema recurrente de fácil venta en el mundo de la comunicación científica, o bien puede pasar a ser un embate en el panorama de las ciencias humanas y sociales, punto crítico en el proyecto social. El discurso científico sobre la calidad de vida no puede renunciar a las exigencias metodológicas de las disciplinas que lo albergan, pero no puede tampoco olvidar que lleva dentro de sí una callada llamada a la utopía y una reflexión crítica sobre los usos y maneras de organizar nuestra vida y nuestra salud. La vieja máxima griega que incitaba al conocimiento como forma de lograr la felicidad tiene toda su vigencia en este contexto, y los tiempos de crisis avivan la conciencia de que no basta con el desarrollo en cualquier dirección.

cial, por su parte, mediante el contacto interpersonal también puede convertirse en un elemento de transmisión.

b. Como estresor. En el aspecto físico la exposición a ambientes ruidosos u otro tipo de estimulaciones nocivas. En el aspecto social la conflictividad interpersonal, el aislamiento, la inestabilidad organizacional, etc., puede configurar un ambiente estresante.

c. Como fuente de peligro o protección. El medio físico puede suponer por sus peculiaridades una exposición a desastres climáticos o geológicos. También los entornos laborales pueden ser especialmente arriesgados. Por otro lado, este tipo de peligros deberán ser evitados en parte con adecuadas medidas de protección. En el medio social existe el riesgo de exposición a situaciones de conflicto social, violencia, etcétera.

d. Facilitador de conductas saludables. En la vertiente física por un acceso fácil a los servicios de salud, la instalación de elementos de seguridad en edificios y vehículos, etc. En la vertiente social, la exposición a modelos de conducta saludables, así como prácticas culturales dominantes que inciden en una mejora de la salud, también suponen un factor facilitador.

e. Proveedor de recursos para la salud. Los dispositivos de cuidado de la salud en la comunidad y, en el aspecto social, la legislación sobre seguridad y protección en materia de salud pública son factores importantes del entorno.

Como se puede observar, tanto la dimensión física como la social son factores determinantes de la salud a través de muy diversos mecanismos. Sin embargo, la complejidad de lo que entendemos por medio ecológico o ambiente hace necesario realizar una breve definición de conceptos.

IV. LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MEDIO ECOLÓGICO

Si bien la referencia al ambiente como factor determinante de la conducta es tan frecuente como aceptada, cosa bien distinta es que se haya llegado a explicitar con claridad en qué consiste este concepto y de manera especial cuál es su definición operativa.

A lo largo de estos últimos veinte años en que la psicología ambiental ha ido mostrándose como una disciplina relevante, se han ido generando conceptos y técnicas de evaluación en torno al término de ambiente, aunque no se haya llegado a un acuerdo unánime.

Existen algunas aportaciones de amplio reconocimiento como la de Bronfenbrenner (1979), quien conceptualiza la ecología humana como un sistema de sistemas de menor orden englobados unos en otros. Las minuciosas definiciones de los conceptos de micro-meso-exo y macrosistema, junto con las descripciones de los procesos que operan en cada uno de ellos de cara al desarrollo humano, son una aportación de especial importancia.

exigencias familiares y del hogar, en cuanto a recursos disponibles para ello en el entorno (colegios, guarderías, servicios en general), y flexibilidad y cercanía en el trabajo son muy importantes.

V.3. *Contexto laboral*

Las condiciones del contexto laboral y sus implicaciones para la salud de los sujetos han sido objeto de importantes estudios. El número de horas que los individuos permanecen en sus puestos laborales y las especiales condiciones ambientales que imponen algunos de ellos, hacen que sea un contexto de especial relevancia para la salud y el bienestar. Por un lado, las condiciones físicas en que se desenvuelve el trabajo (manejo de sustancias tóxicas, contaminación ambiental, iluminación, ruidos, etc.) y por otra, y no menos importante, las condiciones interpersonales o derivadas del tipo de tarea y papel a desempeñar pueden implicar monotonía, pérdida de moral laboral, baja satisfacción, estrés, etcétera.

V.4. *Contexto de ocio*

El espacio de ocio en el sentido temporal y en el propiamente espacial está fuertemente asociado a estilos de vida. La asociación que existe en nuestro entorno cultural entre el ocio y el alcohol o el ocio y el ejercicio físico puede dar idea de la diferente dirección que este contexto puede tener para los individuos. Es éste un contexto donde la localización espacial es muy variable y más bien se define por el tipo de actividad o de comportamiento que se desarrolla.

Un primer problema se deriva de la interrelación de este tipo de actividades con las exigencias de la vida familiar y laboral. Realmente, para muchos ciudadanos es muy difícil extraer tiempo libre exceptuando el tiempo de trabajo y dedicación al hogar y la familia. En estos casos la disponibilidad de recursos accesibles tanto en términos de cercanía como de coste económico resultan especialmente relevantes (Winett, 1985). Pensando en el ejercicio físico (fundamental en cuestiones como pérdida de peso, insomnio, riesgos vasculares, etc.) el medio urbano puede imponer para su desarrollo un excesivo coste de tiempo y economía. Es importante desde la perspectiva de la intervención tanto individual como comunitaria evaluar los potenciales recursos de que dispone el entorno para facilitar este tipo de conductas.

VI. FACTORES MACROSISTÉMICOS Y ESTILOS DE VIDA

Existen aspectos del medio ecológico que son de difícil concreción pero que envuelven al resto de las estructuras y los contextos básicos de los individuos. A modo de ejemplo se comentan algunos de ellos.

que, tanto en el sector público (en cualquiera de sus niveles) como en el sector privado, han tenido el objetivo de abordar el problema de la salud.

Independientemente de ello, se tratará más adelante de cómo se estructuran esas acciones; su puesta en marcha o ejecución requiere unos costes que, dada la naturaleza del problema (la propia salud), así como la amplitud de su alcance (prácticamente toda la población), suelen ser elevados [1]. Por tanto, parece obvio, tal como consideran Barriga y León (1991) que la eficiencia (en el sentido definido por Williamson, Prost y George [1978] o la Organización Mundial de la Salud [OMS, 1981], de la relación coste-beneficio entre los medios empleados y los resultados obtenidos) aumentaría si tales recursos se ajustaran estrictamente a las necesidades que pretenden satisfacer.

Esto nos lleva a la necesaria tarea de proceder a controles, más o menos rigurosos, que nos informen si los recursos destinados a la ejecución de esos programas están siendo, en primer lugar, empleados, es decir, si realmente se están implantando los programas y, en segundo lugar, bien empleados o, lo que es lo mismo, si tales programas están alcanzando los objetivos que se habían propuesto y son capaces de mitigar o dar respuesta a los problemas que pretenden solucionar. En definitiva, parece necesario proceder a la evaluación de tales programas.

La OMS aporta la siguiente definición de evaluación de programas de salud:

> La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe ser, pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. Su aplicación supone un espíritu abierto, capaz de ejercer una crítica consultiva para llegar a un juicio válido [OMS, 1981, p. 6]

Así pues, la evaluación de programas permite proceder al control que garantice desde un punto de vista técnico y científico la calidad de las acciones realizadas (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1988), así como proporcionar a los encargados de tomar decisiones políticas una serie de datos contrastados que ayude en tal toma de decisiones (Chelimsky, 1987; Weiss, 1988; Aguilar y Ander-Egg, 1992).

En todo este proceso, la aportación de la psicología y, sobre todo, de la psicología de la salud es de especial transcendencia. Pasados ya los tiempos en que la salud era asunto exclusivo de la medicina, desde el mismo momento en que se

[1] En opinión de Rodríguez Marín (1991), el cuidado de la salud se ha convertido en el mundo occidental en una importante industria de servicios. Por mencionar algún dato, en Estados Unidos se invierten unos 100 000 millones de dólares anuales y en España unos 800 000 millones de pesetas o, lo que es lo mismo, el 6,3% del Producto Interior Bruto (Rodríguez y De Miguel, 1990).

reconoce la importancia de la confluencia de factores biológicos, comportamentales, sociales y ambientales para el desarrollo de la salud (Engel, 1977; Institute of Medicine, 1978; United States Department of Health Education and Welfare, 1979; Matarazzo, 1980), el trabajo de otros profesionales (psicólogos, sociólogos, economistas, trabajadores sociales, etc.) cobra gran valor. Por otro lado, a nadie escapa el carácter preventivo de muchas de las acciones contempladas en gran parte de los programas de salud y el papel que la psicología de la salud puede jugar en este proceso en cuanto a ciencia del comportamiento humano (Bayés, 1991; Santacreu, 1991).

Pero, además, desde el punto de vista de la psicología, aparte del trabajo en evaluación y diagnóstico individual, así como en el diseño de intervenciones conducentes al cambio conductual, bien sea para la reducción de hábitos patógenos bien para la potenciación de estilos de vida saludables (Reig, 1985), un nuevo campo de trabajo ha surgido. Nos referimos a la atención prestada en el conjunto complejo de instituciones que promocionan la salud, así como la evaluación de los programas que en ellos se implantan (Stone, 1983; Rodríguez Marín, 1991).

En este capítulo se discutirá cómo proceder a la evaluación de los programas de salud. Para ello, en primer lugar, se establecerá una propuesta de sistematización y análisis que pretende diferenciar entre diversas unidades y niveles a las que corresponderían distintos análisis de evaluación. Posteriormente, se hará hincapié en los procedimientos específicos para establecer la evaluación, centrándonos tanto en las tareas a realizar como en las técnicas de recogida de información a utilizar y en las potenciales fuentes de tal información.

II. LOS TRES NIVELES DE LA EVALUACIÓN EN SALUD

La evaluación de programas de salud, como se verá más adelante, representa una actividad en la que están implicadas un gran número de personas e instituciones. De hecho, se puede proceder a la evaluación de todo el entramado que supone la puesta en marcha de medidas tendentes a mejorar la salud de las personas a varios niveles. En concreto, la sistematización propuesta pasa por la consideración de tres niveles potencialmente evaluables reflejados en el cuadro 40.1. Evidentemente, las organizaciones no plantean sus actuaciones siguiendo ese marco, pero consideramos que esta propuesta, entendida como un artefacto analítico, puede ser de ayuda en la clarificación de nuestro objeto de estudio.

Dentro de tales niveles podemos distinguir entre unidades estructurales u organismos o centros encargados de acoger, organizar y realizar todas las acciones tendentes a solucionar el problema, y unidades funcionales que dentro de un mayor o menor nivel de generalidad aportan pautas organizadas para emprender acciones específicas destinadas a mitigar las necesidades poblacionales

La psicología clínica y de la salud ha experimentado grandes avances en los últimos años. El psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de diversos trastornos orgánicos y su prevención, así como la promoción de la salud. El presente manual es una clara muestra de estos importantes avances. El libro está estructurado en cuatro grandes apartados: marco conceptual y metodológico, psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud, recogiendo las técnicas de evaluación más importantes para cada uno de los trastornos. En el libro participan cincuenta destacados especialistas españoles y extranjeros que lo convierten en un significativo exponente de lo que está ocurriendo actualmente en el amplio campo de la psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. Los temas son tratados con un enfoque eminentemente aplicado, por lo que resulta un manual práctico para estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud.

Gualberto Buela-Casal es licenciado en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela y doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Está especializado en técnicas de evaluación psicológica, psicofisiología clínica y psicología de la salud. Es codirector de los libros *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*, *Manual de psicología clínica aplicada*, *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* y *Manual de evaluación psicológica*, y autor de los libros *Inteligencia humana*, *Trastornos del sueño* (en colaboración con J. C. Sierra) y *Conducta antisocial* (en colaboración con A. E. Kazdin). Es director y fundador de la revista *Psicología Conductual*. En la actualidad imparte docencia sobre evaluación psicológica y psicofisiología clínica en la Universidad de Granada.

Vicente E. Caballo es doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad es profesor de psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. El *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (1991) fue dirigido por el profesor V. E. Caballo, autor, asimismo, del *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (1993) y codirector del *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (1995). Es fundador y director de la revista *Psicología Conductual*. Las técnicas de terapia de conducta, las relaciones interpersonales y los trastornos de la personalidad acaparan en estos momentos su interés como investigador y docente.

J. Carlos Sierra es licenciado en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela y doctor en Psicología por la Universidad de Granada. Sus intereses como investigador y docente se centran en el campo de la sexualidad humana y en la evaluación de los trastornos del sueño y de los efectos residuales del tratamiento farmacológico de dichos trastornos. Es coautor del libro *Los trastornos del sueño* (1994) y de diversos trabajos en revistas internacionales sobre evaluación de la activación y la vigilancia. En la actualidad es profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, en donde imparte docencia de evaluación psicológica.

ISBN 84-323-0917-6

